

Clasificados 11870.com Vivienda Empleo Coches mujerhoy.com Vino Rioja

Miércoles, 7 diciembre 2011

Hoy 0 / 13 | Mañana 4 / 12 |

larioja.com



TOROS
En la arena
Toreros, plazas... por Pablo
García Mancha.
[Entrar al portal >>](#)

Iniciar sesión con [Regístrate](#)

Portada [La Rioja](#) [Deportes](#) [Economía](#) [Más Actualidad](#) [Gente y TV](#) [Ocio](#) [Participa](#) [Blogs](#) [Servicios](#) [Hemeroteca](#) **IR**

[España](#) [Mundo](#) [Sociedad](#) **Cultura** [XL Semanal](#) [Mundo TV](#) [Especiales](#) [Toros](#) [Salud](#) [Tecnología](#) [Galerías de fotos](#)

Estás en: [larioja.com](#) > [Noticias Más Actualidad](#) > [Noticias Cultura](#) > **Rotura del tendón de Aquiles**

EL ESPECIALISTA

Rotura del tendón de Aquiles

06.12.11 - 00:31 - MIGUEL MORENO ESPECIALISTA EN FISIOTERAPIA | LOGROÑO.

La fisioterapia contribuye a que se acorten los plazos del restablecimiento en las lesiones del tendón de Aquiles

Un buen diagnóstico y un tratamiento adecuado, claves en la curación

El tendón de Aquiles es el tendón más potente del cuerpo. A veces nos confundimos con la expresión 'talón de Aquiles' por lo que conviene matizarla. Cuando hablamos de 'talón de Aquiles' nos referimos a la zona de apoyo posterior del pie formada por el hueso calcáneo y su almohadillado graso. Es en este hueso donde nace el tendón de Aquiles, que permite la inserción en el calcáneo de gran parte de la musculatura de la pantorrilla, la formada por los gemelos y el sóleo en un tendón común. Con un grosor de poco más de un centímetro y medio, nos permite la realización de la marcha, la carrera y el salto, siendo su principal función la elevación del talón del suelo. Su rotura impide la flexión plantar voluntaria del tobillo, es decir, ponerse de puntillas, evidenciando una marcada cojera en la deambulación normal y una impotencia funcional importante tanto en la carrera como en el salto.

La rotura espontánea traumática del tendón de Aquiles no es tan extraña como a priori pudiera parecer, y la podemos encontrar tanto en personas sedentarias como en deportistas, tanto en jóvenes como en adultos, tanto en deportistas con largo historial de tendinitis o tendinopatías aquileas como en aquellos a los que nunca les había dado problemas. Sin embargo, es cierto que esta lesión ocurre con más frecuencia entre deportistas, casi en un 70%, en los que en su gran mayoría lo practican como ocio, con más de 30 años. Entre los profesionales son más frecuentes en corredores y en aquellos deportes que precisan de aceleraciones, fuerza explosiva o fuerza máxima, como puede ser el tenis, disciplinas deportivas en frontón, el rugby o el baloncesto. El 30% restante suelen ser personas de más de 50 años, con sobrepeso, con patologías reumáticas, diabetes o gota. Son más frecuentes en los varones y afectan al lado izquierdo más que al derecho.

Varios factores

En los jóvenes la causa de rotura suele ser multifactorial, teniendo la mayoría condicionantes predisponentes como alteraciones en la pisada, desviación anatómica del eje calcáneo lo que provoca una tracción anormal del tendón, historial previo de tendinopatía, malos gestos técnicos, gestos deportivos repetitivos o haber sido tratado con corticoides. En los adultos suele ser debido a una degeneración del colágeno del tendón, a alteraciones vasculares.

La rotura por traumatismo directo es rara y sucede cuando el tendón de Aquiles recibe un impacto en máxima tensión. La causa traumática más común es la contracción brusca del tendón, rompiéndose al exigirle una contracción más allá de sus límites de elasticidad.

La rotura puede ser completa o incompleta, siendo complicado en muchas ocasiones diferenciarlas, lo que a veces lleva a diagnósticos equívocos. Una exploración precoz facilita el diagnóstico clínico, pero la utilización de medios diagnósticos complementarios como la ecografía o la resonancia magnética es imprescindible para saber con exactitud ante qué tipo de lesión estamos, y cuál es la gravedad de la misma, dado que en función de ello se optará por un tratamiento conservador o un tratamiento quirúrgico.

En el momento de la rotura el deportista suele percibir un chasquido seguido de un dolor moderado, que le impide andar con normalidad, cojeando ostensiblemente. El diagnóstico clínico no es sencillo. Si ha pasado mucho tiempo desde la rotura el edema y el hematoma puede impedir una adecuada exploración, que se basa en la observación posterior de ambos tendones y en la palpación del tendón, donde se aprecia una zona con mucha menos densidad, y se puede palpar un hachazo o depresión en el trayecto del tendón, a menos que exista una severa tumefacción. Se debe realizar siempre una sencilla prueba que si bien nos puede llevar a error en las roturas incompletas, es muy sensible para las roturas completas. Consiste en comprimir la masa de los gemelos estando estos relajados y con el pie fuera de la camilla. Al comprimir los gemelos, el pie debería moverse, si no lo hace, quiere decir que no hay transmisión, es decir, que el tendón está roto. Por último, la ecografía es la prueba complementaria de elección, por ser un método rápido, sencillo, barato y de gran fiabilidad, que orientará definitivamente el tratamiento a realizar.

El tratamiento médico tiene dos enfoques. Uno conservador, que mediante una inmovilización con escayola busca la reparación y cicatrización natural del tendón, indicado en roturas parciales o en pacientes de mayor edad. Y otro quirúrgico, que en casos de rotura completa del tendón, y si no hay causas que lo contraindiquen, será el tratamiento de elección, especialmente en deportistas profesionales.

El papel de la fisioterapia

La fisioterapia actualmente ocupa un papel determinante en la recuperación de lesiones, facilitando el proceso de curación, acortando los plazos del mismo y minimizando la posibilidad de reincidencia de las lesiones. La fisioterapia es imprescindible tanto en el enfoque conservador como en el enfoque quirúrgico, permitiendo una optimización del resultado en ambos.

En una primera fase, los objetivos principales del tratamiento de fisioterapia son el control del edema, el cuidado de la cicatriz, la recuperación de la movilidad del tobillo que ha quedado muy limitado, y el fortalecimiento de la musculatura de la pierna perdida en gran medida tras la inmovilización. En esta fase es muy interesante la recuperación en el agua, el trabajo en piscina ayuda a acelerar el proceso de recuperación al poder someter al tendón a esfuerzos de forma prematura pero segura y controlada. Solemos recomendar la utilización de taloneras al menos hasta que la movilidad del tobillo no alcanza los 90º de flexión dorsal del pie.

Una vez que hemos ido superando estos objetivos, se debe iniciar un proceso de readaptación del tendón al esfuerzo, sometiéndolo progresivamente a aumentos de carga. En esta fase, debemos continuar con el tratamiento anterior haciendo hincapié en los objetivos que más lo precisen.

Es recomendable en esta fase iniciar el tratamiento mediante Electrólisis Percutánea Intratisular (EPI), trabajo propioceptivo y trabajo en sobrecarga excéntrica, con el fin de remodelar la estructura tendinosa mediante la reorganización que estas técnicas producen en las fibras de colágeno intratendinoso.

Tendón de Aquiles

Hueso del talón

Desgarro

TAGS RELACIONADOS

[rotura, tendon, aquiles](#)

ANUNCIOS GOOGLE

[Pregunte Médico Online](#)

5 Médicos están en línea. Pregunte y obtenga su respuesta ya!
 Medicina.JustAnswer.es

Fascitis Plantar

El uso de la tobillera AirHeel es eficaz en su tratamiento y curación
 www.biolaster.com

Universidad en Internet

Mejora tu Carrera profesional. Formate desde Casa y a tu Ritmo.
 www.unir.net

FÉNIX DIRECTO Seguros

Seguros de Coche, Moto y Ciclomotor ¡ Calcula aquí tu Seguro Directo !
 www.FenixDirecto.com/Seguros_Online

Para poder comentar debes estar **registrado**

Añadir comentario

Iniciar sesión con

Regístrate



Escriba su comentario.

La actualización en tiempo real está **pausada**. (Continuar)

Mostrando 0 comentarios

Ordenar por: los más recientes primero

[Suscríbete por e-mail](#) [RSS](#)

Powered by SARENET

larioja.com

© larioja.com
 Registro Mercantil de La Rioja, Tomo 457, Folio 200, Hoja LO-6718, Inscripción 1ª C.I.F.:
 A26295626
 Domicilio social en Vara de Rey 74 bajo 26002 Logroño (La Rioja) Correo electrónico de
 contacto redaccion@larioja.com
 Copyright © larioja.com, Servicios en la Red SAU, Logroño , 2008. Incluye contenidos de
 la empresa citada, del medio diario LA RIOJA, y, en su caso, de otras empresas del grupo
 de la empresa o de terceros.

EN CUALQUIER CASO TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS:
 Queda prohibida la reproducción, distribución, puesta a disposición, comunicación pública y
 utilización, total o parcial, de los contenidos de esta web, en cualquier forma o modalidad, sin
 previa, expresa y escrita autorización, incluyendo, en particular, su mera reproducción y/o puesta a
 disposición como resúmenes, reseñas o revistas de prensa con fines comerciales o directa o
 indirectamente lucrativos, a la que se manifiesta oposición expresa.

[Contactar](#) | [Mapa Web](#) | [Aviso legal](#) | [Política de privacidad](#) | [Publicidad](#)

ENLACES VOCENTO

ABC.es	Hoy Digital
El Correo	La Rioja.com
elnortedecastilla.es	DiarioVasco.com
Elcomercio.es	Ideal digital
SUR.es	Las Provincias
Qué.es	El Diario Montañés
La Voz Digital	Laverdad.es
Punto Radio	Finanzas y planes de
hoyCinema	hoyMotor
Infoempleo	Guía TV
Autocasion	11870.com