

# Bursitis retroaquílea: a propósito de un caso

<sup>1</sup>Ángel Martínez Botella, <sup>2</sup>Miriam Méndez López

<sup>1</sup>Podólogo por la UMH. <sup>2</sup>Podóloga por la UAX

Correspondencia:

Ángel Martínez Botella  
Antonio Machado 47, 8ª. P-1  
03204 Elche. Alicante

## Resumen

Este artículo muestra la resolución de un proceso inflamatorio en la zona posterior del talón, en un deportista, mediante la utilización de ortesis plantares. Una bursitis retroaquílea diagnosticada sin la necesidad de pruebas complementarias, simplemente con la ayuda de la clínica y realizando un completo diagnóstico diferencial con las demás talalgias posteriores (bursitis retrocalcánea, tendinitis aquílea, síndrome de Haglund, fracturas...).

**Palabras clave:** Bursitis retroaquílea. Diagnóstico diferencial. Tratamiento. Soportes plantares.

## Historia clínica

Paciente varón, de 22 años, de 70 Kg. de peso y altura 1.75m, deportista de élite, practica fútbol sala como profesional. Acude a consulta por presentar dolor en la zona posterior del talón así como dolor en la espalda.

## Anamnesis

### Descripción del dolor

Dolor de tipo inflamatorio que aparece tras la práctica deportiva en la zona posterior del talón, concretamente en el tercio inferior del calcáneo. También presenta dolores de espalda de tipo mecánico. Preguntando sobre la intensidad de éstos, en una escala de uno a diez, los puntúa en 4.

## Summary

This report shows an inflammatory process behind calcaneus in a sportman by using foot orthoses, a retroaquilean bursitis diagnostic without proves battery, simply with clinical help and making a complete differential diagnostic with the rest of back talalgias (retrocalcanean bursitis, aquilean tendinitis, Haglund syndrome, fractures...).

**Key words:** Retroaquilean bursitis. Differential diagnostic. Treatment. Foot orthoses.

## Antecedentes personales

No refiere ninguna enfermedad ni antecedentes quirúrgicos a destacar, ni recibe tratamiento alguno.

## Antecedentes podológicos

El paciente lleva instaurado tratamiento ortésico, prescrito por un podólogo de su ciudad, desde hace 1 año, tanto para la práctica deportiva, como para uso cotidiano.

La ortesis plantar que ha llevado hasta la fecha consiste en una ortesis plantar termoconformada que consta de los siguientes elementos:

- Base o armazón de EVA 65° Shore A
- Forro de EVA de 3mm de grosor y 25° Shore A
- Post de retropié valgo

Acoplada a dicha ortesis lleva taloneras de silicona tipo estándar (Figuras 1, 2 y 3).

Sin embargo, manifiesta que no presenta mejoría con dicha ortesis plantar, e incluso que desde que la usa los dolores de espalda y cadera se han incre-



Figura 1. Taloneras de silicona estándar



Figura 2. Vista lateral de taloneras de silicona



Figura 3. Antiguo tratamiento

mentado. Motivo por el cual nos planteamos la posibilidad de aplicar un nuevo tratamiento más efectivo tras una nueva exploración y diagnóstico por nuestra parte.

## Análisis del calzado

*Diariamente* usa calzado deportivo con un desgaste normal de las suelas, contrafuerte blando y algo de tacón.

*A la hora de la práctica deportiva* usa un calzado específico de fútbol sala con el contrafuerte rígido y alto, su desgaste también es normal. El calzado es casi nuevo.

## Exploración

### Exploración en carga

#### Visión anterior

Postura general normal, base de sustentación normal, ángulo de Fick normal, hombros, espinas ilíacas antero-superiores, rótulas y maleolos a la misma altura. GENU VARO estructural. Pulsos, coloración cutánea y temperatura normales.

*Al analizar el pie* se observan astrágalo y escafoides prominentes de forma bilateral,

Canon de los dedos griego, garra digital en 2º y 3er dedos, y falange distal del hallux en aducción respecto a la línea media del pie.

#### Visión posterior

Pliegues glúteos y huecos poplíteos a la misma altura. Ausencia de dismetrias. En el calcáneo presenta una pequeña tumefacción en el tercio inferior.

### Medición goniométrica en carga

- PNCA: 0º derecho y 0º izquierdo
- PRCA: 5º de VARO en el derecho y 0º en el izquierdo (Figuras 4 y 5)

#### Visión lateral

Rodillas en el plano sagital alineadas. Altura del ALI disminuida en ambos pies (Figura 6).

### Exploración en descarga

#### Valoración articular

- **TPA:** Flexión dorsal disminuida en ambos pies y flexión plantar normal en ambos pies.
- **ASA:** 0º de pronación en ambos pies. 18º de supinación en pie derecho y 12º de supinación en pie izquierdo.
- **Chopart:** si existe movilidad en dicha articulación.

- **1er Radio:** plantaflexionado flexible.
- **Metatarsofalángica del hallux:** movilidad normal.
- **5º Radio:** movilidad normal.

**Puntos dolorosos**

Dolor a la palpación del tercio inferior del calcáneo con engrosamiento de la piel y un pequeño eritema en la zona.

**Estudio de la huella**

Huella plana de 1er grado con puntos de hiperpresión a nivel del talón y la 1ª cabeza metatarsal (Figura 7).

**Análisis de la marcha**

- Movimiento de cintura pélvica/escapular: normal

- Anchura y cadencia de paso: normal
- Ángulo de progresión de la marcha: normal

**Fase de balanceo**

- Flexión dorsal de TPA: disminuida

**Fase de apoyo de talón**

- Flexión dorsal de TPA: disminuida
- Inversión de el ASA: No la realiza

**Fase de apoyo de mediopié**

- Eversión ASA: sí la realiza
- Dorsiflexión de TPA: sí la realiza
- Resupinación de la ASA: sí la realiza

**Fase de despegue digital**

- Flexión dorsal de la AMTF del hallux: sí la realiza
- Rotación externa de la tibia: sí la realiza



Figura 4. PRCA pie izquierdo



Figura 6. Aplanamiento del arco interno



Figura 5. PRCA pie derecho



Figura 7. Huella en podoscopio

## Pruebas complementarias

Dados los signos y síntomas que presenta el paciente, para su diagnóstico y tratamiento no consideramos necesaria la realización de pruebas complementarias tales como Radiografías, resonancia magnética nuclear, TAC, etc.



Figura 8. Primer tratamiento instaurado



Figura 9. Primer tratamiento instaurado



Figura 10. Primer tratamiento instaurado

Por los signos y síntomas presentados nos decantamos por una BURSITIS RETROAQUÍLEA, y si bien esta podría ser también una bursitis retrocalcánea, tanto en un caso como u otro el tratamiento no se vería modificado pues sería el mismo, motivo por el cual no consideramos necesaria la realización de pruebas complementarias

## Juicio diagnóstico

Signos y síntomas compatibles con BURSITIS RETROAQUÍLEA. Biomecánicamente presenta un RETROPIÉ VARO COMPENSADO.

## Tratamiento

Decidimos sustituir el tratamiento corrector con que nos llega el paciente a consulta, por uno acomodativo de la patología.

Tomamos el molde en descarga, de escayola en corrección. Con ASA neutra. Posteriormente en el positivo haremos un recrecido de partes blandas.

Como **primera opción de tratamiento** se le realiza una *ortesis plantar con base o armazón de resinas, forro de E.V.A. microperforado de 2 mm* y descarga de fieltro en el calzado en forma de herradura con fieltro de 5 mm en la zona prominente del talón para evitar el roce con el calzado.

Dicho tratamiento no fue efectivo, pues tras una semana de uso de la ortesis, esta se había deformado por el peso del paciente (Figuras 8, 9 y 10).

Así, como **2ª opción de tratamiento** le realizamos una nueva ortesis, idéntica a la anterior, pero sustituyendo la base de resinas por una de polipropileno de 3 mm y una talonera corta de 0.5 cm. de EVA de 65° Shore-A, forro de EVA de 2 mm de 25° Shore-A y una descarga de fieltro en el calzado en forma de herradura con fieltro de 5 mm en la zona prominente del talón (Figuras 11, 12, 13 y 14).

Pies en carga sobre ambas plantillas, se aprecia la corrección en ambos, sobre todo en el derecho que pasa de una PRCA de 5° de Varo a una PRCA de 0° (Figuras 15 y 16).

## Revisiones posteriores, y seguimiento

### Primera revisión

Tras llevar el nuevo tratamiento durante **un mes**, se cita al paciente para una revisión y nos comenta que

ha mejorado notablemente la sintomatología sin presentar ninguna rozadura o incomodidad que pueda ocasionar el uso de una nueva plantilla, eso sí, refiere que ha notado sobrecarga de un grupo muscular (peroneos) en el que normalmente no sufría sobrecarga, le comentamos que es debido a su nueva forma de apoyar el pie. Le recomendamos estiramientos de dicho grupo muscular junto a los

habituales antes y después de su práctica deportiva diaria. Es de reseñar que, este paciente, al ser un deportista profesional, efectúa todo tipo de estiramientos a diario, tanto asesorado por un fisioterapeuta, como por cuenta propia. La ortesis plantar prescrita en su tratamiento la usa para todo tipo de calzado, es decir, no lo usa sólo para hacer deporte.



Figura 11. Tratamiento definitivo



Figura 14. Detalle descarga de fieltro



Figura 12. Tratamiento definitivo



Figura 15. PRCA con tratamiento definitivo



Figura 13. Tratamiento definitivo



Figura 16. PRCA con tratamiento definitivo

## Segunda revisión

Lo volvemos a citar al pasar **1 mes** y nos refiere que no presenta ninguna molestia y que la sobrecarga muscular que presentaba ya no aparece, resultando plenamente satisfactorio el tratamiento prescrito.

## Siguientes revisiones

Salvo complicaciones, al pasar **1 año** le aconsejamos una nueva visita.

## Diagnóstico diferencial

Las talalgias se definen como un síndrome caracterizado por dolor localizado en el retropié (calcaneodinia) y generalmente están causadas por alteraciones en el sistema calcáneo-aquileo-plantar. Existen dos grandes grupos:

### Talalgias posteriores

- síndrome de Haglund
- bursitis retroaquilea
- bursitis retrocalcánea
- tendinitis aquilea
- fracturas

### Talalgias plantares

- espolón calcáneo
- fascitis plantar
- atrofia de la almohadilla grasa plantar
- compresión nerviosa de la rama del ABD del 5º dedo
- fracturas
- enfermedad de Sever

En nuestro caso, debemos saber diferenciar bien la sintomatología de nuestro paciente para poder diagnosticar si se trata de un síndrome de Haglund, una bursitis retroaquilea o retrocalcánea o de una tendinitis aquilea. Para ello sería necesaria una buena batería de pruebas complementarias pero debido a que el tratamiento para cualquiera de los casos va a ser el mismo, optamos por fijarnos sólo en la clínica que presenta el paciente. Nuestro paciente presenta claros síntomas y signos de una bursitis retroaquilea pero para poder diferenciar esto, vamos a comentar las diferentes clínicas que presentan las talalgias posteriores:

- a. Síndrome de Haglund:
  - Dolor e inflamación en la zona posterior del talón.

- Hiperqueratosis.
  - Puede asociarse a tendinitis aquilea, bursitis retroaquilea o retrocalcánea.
  - El objetivo principal de su tratamiento será evitar el roce con el calzado.
- b. Bursitis retroaquilea:
    - Inflamación de la bursa localizada entre el tendón de Aquiles y la piel. (RMN)
    - Es más frecuente que la retrocalcánea.
    - Dolor e inflamación en la zona posterior del talón.
    - Dolor más localizado (concretamente en el tercio inferior del calcáneo)
    - Engrosamiento de la piel en la zona (eritema, fisuras, ampollas...)
    - Asociado a uso de calzado nuevo.
    - El objetivo del tratamiento será evitar que se produzca infección y que se cronifique la lesión (evitar el roce con el calzado)
  - c. Bursitis retrocalcánea:
    - Inflamación de la bursa que separa el tendón de Aquiles y el calcáneo (RMN)
    - Es menos frecuente que la retroaquilea.
    - Dolor e inflamación en la zona posterior del talón.
    - Dolor localizado en la zona más superior del calcáneo.
    - Aumenta el dolor al palpar el tendón de Aquiles y el calcáneo, al pellizco y a la presión directa.
    - Tumefacción localizada.
    - El objetivo de tratamiento será el mismo que en el caso anterior.
  - d. Tendinitis aquilea:
    - Inflamación del tendón de Aquiles o de la vaina que lo recubre.
    - Inflamación de todo el recorrido del tendón de Aquiles.
    - Dolor al aumentar la actividad física, a la palpación y a la flexión dorsal forzada de tobillo.
    - Dolor muy marcado.
    - Ligera impotencia funcional.
    - Puede tener procesos agudos o crónicos.
    - Su objetivo de tratamiento será acorta el SCAP.

## Agradecimientos

Agradecer enormemente a mis compañeros Cristina García, Germán García y Nacho Martín por haberme ayudado a realizar este artículo, sin ellos no hubiera sido posible su realización.

## Bibliografía recomendada

- Michael O. Siebel. *Función del pie*. Ortocen editores, 1994.
- Moller TB, Reif E. *Anatomía radiológica*. Ed. Marbán, 2001.
- Levy Benasuly AE, Cortés Barragán JM. *Ortopodología y aparato locomotor. Ortopedia de pie y tobillo*. Ed. Masson, 2003.
- Merton L. Root. *Exploración biomecánica*. Ed. Ortocen, 1995.
- Moreno JL. *Podología general y biomecánica*. Ed. Masson, 2003.
- Urien Blázquez T. *Diccionario de podología* 2000.
- Kapandji AL. *Fisiología articular miembro inferior*. Ed. Panamericana, 2002.
- Moreno JL. *Podología deportiva*. Ed. Masson, 2005.
- Manter JT. Movements of the Subtalar and Transverse Tarsal Joints. *The Anatomical Record*. 1941;80(4).
- Kirby KA. *Foot and Lower Extremity Biomechanics: A Ten Year Collection of Precision Intricast Newsletters*, Precision Intricast. Inc, Payson, Arizona, 1997.
- Howard J. Dananberg. Gait Style as an Etiology to Chronic Postural Pain. Part II. Postural Compensatory Process. *JAPMA* 1993;83(11).