

Fricción del espacio retrocalcáneo (Enfermedad de Haglund)

Tratamiento artroscópico. Presentación preliminar

JORGE L. CIVETTA

C.A.P. SRL (Centro Accidentológico Privado), Corrientes

Dos casos clínicos

Hemos tratado a dos pacientes con esta patología en forma artroscópica.

Uno era un jugador de rugby de 25 años que llevaba seis meses de evolución en el momento de la consulta y el otro era un pesista de 35 años, con dos años de evolución.

Ambos presentaron sintomatología caracterizada por dolor en la región retrocalcánea del retropié, con talón de Aquiles normal, que se exacerbaba al ponerse en punta de pie, caminar y correr, tanto en terreno plano como irregular, con disminución del rendimiento deportivo.

En el examen físico no se observaron alteraciones de longitud ni de los ejes de los miembros, como tampoco alteraciones de la estática del pie. Presentaban dolor a la palpación preaquileana que aumentaba con la plantiflexión y con palpación del Aquiles normal.

En el examen radiológico se comprobó os trigonum del astrágalo en un paciente y prominencia leve del ángulo posterosuperior del calcáneo en el otro.

Se realizó resonancia magnética en un paciente, que reveló además bursitis retrocalcánea (Fig. 1).

En ambos casos se efectuó infiltración con xilocaína y corticoides con remisión temporaria de la sintomatología. Se realizó tratamiento médico durante 6 meses y, ante la falta de mejoría, se decidió el tratamiento artroscópico.

Para ello se coloca el paciente en decúbito prono, con anestesia raquídea, sin manguito hemostático, con el pie por fuera del borde de la camilla. Utilizamos agua de irrigación con una ampolla de adrenalina cada 2 litros.

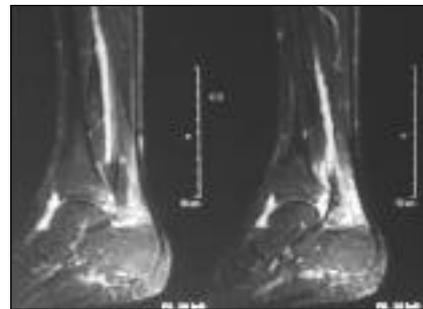


Figura 1. Bursitis retrocalcánea. RM.



Figura 2. Técnica quirúrgica. Posicionamiento de los portales artroscópicos.

El portal lateral se debe realizar primero. Se coloca una aguja en el espacio retrocalcáneo a nivel del aspecto posterosuperior del calcáneo. Se realiza una pequeña incisión longitudinal y se introduce el trocar roma. Utilizamos una óptica de 4 mm y 30° de visión (Fig. 2).

Bajo visión directa se introduce una aguja guía desde medial del tendón de Aquiles también a nivel del aspecto posterosuperior del calcáneo. Se introduce *shaver resector full radius* de 4 mm con visión del mismo todo el tiempo cuidando de que la ventana de corte se encuentre opuesta al tendón de Aquiles para evitar su lesión; se reseca la bursa hasta lograr una visión correcta del espacio (Fig. 3).

Recibido el 19-11-2003. Aceptado luego de la evaluación el 29-6-2004.
Correspondencia:

Dr. JORGE L. CIVETTA
Alberdi 1768
(3400) - Corrientes
Tel./Fax: 03783-467518
E-mail: civettajorge@arnet.com.ar



Figura 3. Técnica quirúrgica: burssectomía.



Figura 4. Técnica quirúrgica: remodelación ósea.

Mediante maniobras de flexoextensión, se efectúa la resección ósea a demanda con fresas hasta visualizar la desaparición de la fricción (Fig. 4).

Los portales deben cerrarse herméticamente para evitar la formación de fístulas y senos cavitarios.

Se coloca un vendaje compresivo y se administra antibioticoterapia intraoperatoria con 2 g de cefalotina por vía intravenosa y 4 g durante las primeras 24 horas. Se continúa con el tratamiento por vía oral con 4 g por día durante 5 días más.

Se indica cargar peso en forma inmediata según la tolerancia sin ayuda externa.

Se inicia la fisioterapia a partir de las 48 horas y la rehabilitación a partir de los 10 días.

Nosotros no tuvimos complicaciones intraoperatorias ni posoperatorias.

Utilizamos el puntaje de Ogilvie-Harris⁴ que evalúa en cuatro grados utilizando cinco parámetros: dolor-inflamación-rigidez-claudicación y actividad.

Los resultados en ambos pacientes fueron excelentes.

Los dos pacientes se reincorporaron a sus actividades deportivas a nivel prelesional a partir de los 3 meses de la operación.

Discusión

La enfermedad de Haglund es una patología poco frecuente, que se presenta debido a un frote anormal entre el tendón de Aquiles, la bursa retrocalcánea y en ángulo posterosuperior del calcáneo.

Cuando falla el tratamiento no invasivo después de 6 meses, se debe decidir la conducta quirúrgica, la cual consiste en eliminar las causas mecánicas que ocasionan la afección.

La burssectomía y la resección o regularización del ángulo posterosuperior del calcáneo puede realizarse por una incisión posterolateral o posteromedial.

Jones y James³ presentaron en *Am J Sports Med* 10 osteotomías calcáneas por bursitis retrocalcánea en las cuales se realizó inmovilización con bota corta de yeso de marcha durante 8 semanas, con reincorporación a las actividades deportivas a los 6 meses.

Angermann¹ utilizó el abordaje posterolateral en 40 pacientes, realizando carga inmediata del peso. Hubo complicaciones en el 10% de los casos consistentes en un caso de infección superficial, un hematoma y dos retardos de curación de la herida.

Pauker⁵ presentó 28 cirugías realizadas en 22 pacientes utilizando bota corta de yeso en todos por 4 semanas con buen resultado en el seguimiento a 13 años, pero refiere sintomatología dolorosa sobre la herida durante el primer año posoperatorio.

Schepis⁶ presentó a 24 pacientes tratados por bursitis retrocalcánea con mal resultado en 6 (25%) que requirieron reoperación.

Huber y Waldis² encontraron sintomatología residual en 32 pacientes seguidos durante 18,6 años, 14 de ellos presentaron cicatrización y fibrosis excesiva con edema e inflamación persistente.

En dos pacientes apareció nueva formación de hueso, que produjo dolor y edema.

Ocho pacientes presentaron alteración funcional del tendón de Aquiles.

La cirugía abierta requiere buena exposición para reseccionar toda la bursa y cantidad adecuada de hueso, pero esto se acompaña por un porcentaje significativo de alteraciones de los tejidos.

El tratamiento artroscópico ofrece una buena alternativa sobre la resección abierta.

Las ventajas fundamentales son: incisiones pequeñas que reducen las complicaciones de las partes blandas, como dehiscencia de la herida, cicatrices dolorosas y atrapamiento nervioso en el tejido cicatrizal.

Permite además una mejor visualización con mayor acceso a las partes comprometidas y en forma más precisa.

Van Dijk⁷ publicó en marzo del 2001 en *Am J Sports Med*, la resección artroscópica de la bursa retrocalcánea y la remodelación del ángulo posterosuperior del calcáneo, procedimiento denominado calcaneoplastia.

Presentó 21 cirugías en 20 pacientes que no respondieron al tratamiento no invasivo por 6 meses, con un seguimiento promedio de 3,9 años, con excelente resultado en 15 casos, bueno en 4 y malo en uno.

Referencias bibliográficas

1. **Angermann P.** Chronic retrocalcaneal bursitis treated by resection of calcaneus. *Foot Ankle*;10(5):285-287;1990.
2. **Huber HM, Waldis M.** Die Haglund-exostose.eine: operationsindikation und ein kleiner Eingriff? *Z Orthop Ihre Grenzgeb*;127(3):286-290;1989.
3. **Jones DC, James SL.** Partial calcaneal osteotomy for retrocalcaneal bursitis. *Am J Sports Med*;12(1):72-73;1984.
4. **Ogilvie-Harris DJ, Mahomed N, Demazier e A.** Anterior impingement of the ankle treated by arthroscopic removal of bony spurs. *J Bone Joint Surg Br*;75(3):437-440;1993.
5. **Pauker M, Katz K, Yosipavitch Z.** Calcaneal ostectomy for Haglund disease. *J Foot Surg*;31(6):588-589;1992.
6. **Schepsis AA, Wagner C, Leach RE.** Surgical management of Achilles tendon overuse injuries: a long-term follow-study. *Am J Sports Med*;22(5):611-619;1994.
7. **van Dijk CN, van Dyk GE, Scholten PE, et al.** Endoscopic calcaneoplasty. *Am J Sports Med*;29(2):185-189;2001.