

Tendinitis

Dr. Roberto Avanzi
Dr. Arnoldo Albero

Es imposible en 15 minutos hablar sobre todo lo que abarca las lesiones tendinosas: desde su tan oscura y discutida etiopatogenia hasta sus factores predisponentes y desencadenantes.

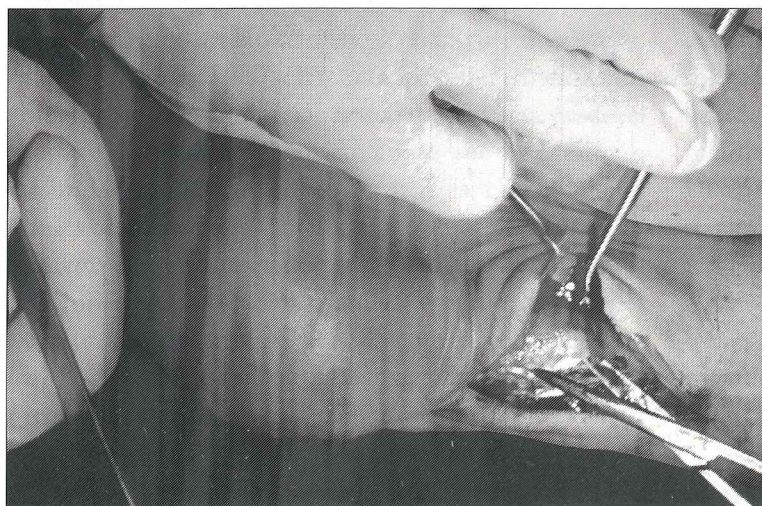
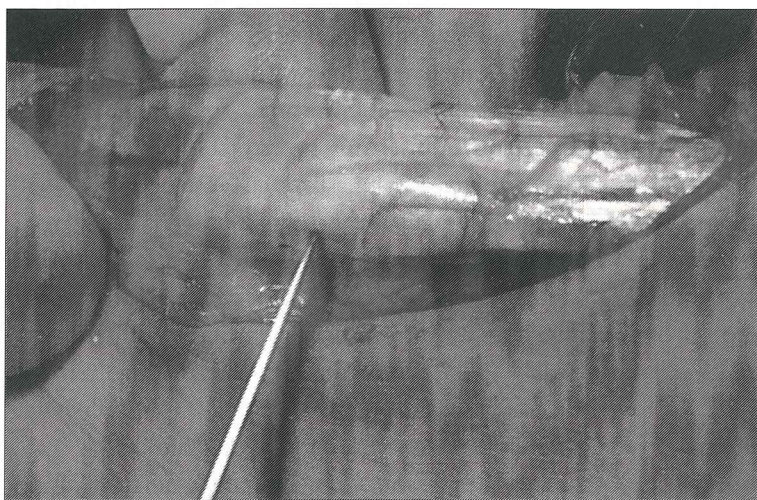
Nosotros diríamos que los factores desencadenantes más importantes son lejos hoy por hoy: la dureza de los pisos donde se practica y la enorme exigencia del entrenamiento actual, dando como resultado lesiones por sobreuso.

Si bien nuestra avidez será cómo tratarlas, nosotros deberíamos dramatizar la importancia de cómo prevenirlas, tal como refiere el dogma que tanto defendemos «Uno no es buen médico si sabe cómo tratarlo sino que es mucho mejor médico si sabe cómo evitarlo».

Nuestra función fundamental será entonces, discutir con el cuerpo técnico los límites del entrenamiento, evaluando la capacidad y tolerancia individual del deportista, el terreno donde se realizará el entrenamiento y el uso del calzado adecuado para cada uno de ellos (zapatillas, zapatos, taloneras siliconadas, etc.).

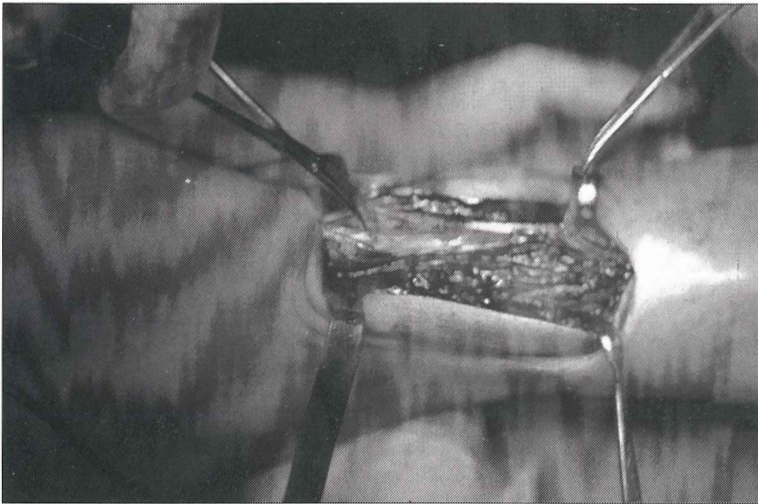
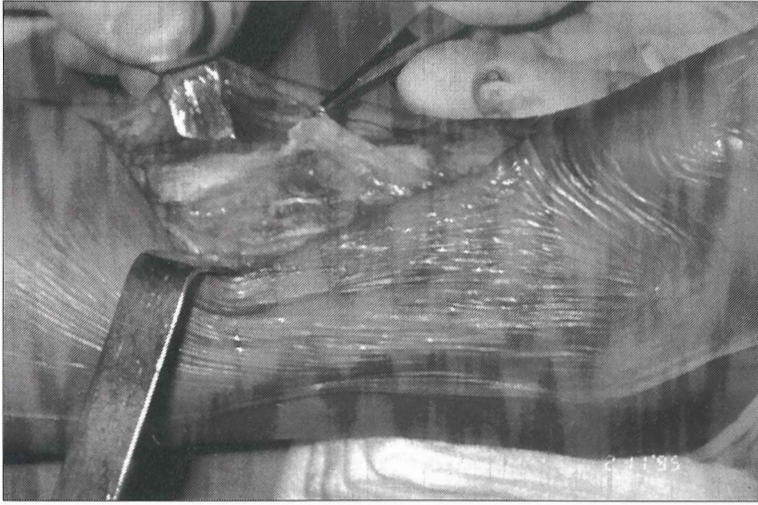
Cuántas veces hemos visto aparecer las epidemias de tendinitis en esos inviernos lluviosos que nos llevan a practicar en ambientes cerrados con pisos duros y calzado inadecuado.

Ante las tendinitis consumadas será trascendente el tiempo de evolución. A las lesiones agudas deberíamos tenerles absoluto respeto y tratarlas con todo el arsenal terapéutico que uno posee, jamás subestimarlas porque las consecuencias serán un deportista que progresivamente va empeorando y que va perdiendo



confianza en su médico tratante, lo que hará aún más difícil el éxito, ya que ante la desesperación escuchará y hará todo tipo de tratamientos empíricos a nuestras espaldas, lo que dificultará aún más la adecuada evolución del proceso.

No dudaríamos entonces en parar al deportista en su etapa aguda, lo que no significaría perder su nivel de entrenamiento. Se lo mandaría al gimnasio donde



pueda realizar actividades físicas paralelas. Ej: natación, bicicleta, remo, propiocepción y fortalecimiento muscular adecuado a su dolor y limitación.

Haríamos, de ser necesario, infiltraciones corticoanestésicas teniendo en cuenta que aquí, sí, la técnica es trascendente. En principio evitaríamos el uso de corticoides de depósito, pues las sales son

irritativas, en caso de usarlas deberían ser diluidas con xilocaína y dispersarse a través de todo el peritendón; nunca hacer el total de la infiltración en un solo punto ni a presión. Si hay mucha resistencia en el émbolo ello significa que la aguja está intratendinosa, y al insistir en la fuerza necrosará el tendón.

Todavía no hablamos de la ecografía, la actual vedette de las lesiones en partes blandas. Creemos que será útil en manos expertas, pero recuerden que será por siempre «la clínica soberana». He visto cantidad de ecografías negativas con rupturas parciales o totales de Aquiles, lo que nos hace recomendarles buscar ecografistas que tengan experiencia en lesiones musculotendinosas. No me cabe duda que con la evolución de la técnica y los ecógrafos será en el futuro prácticamente insustituible como estudio complementario.

En las lesiones crónicas la posibilidad de tener éxito con el tratamiento médico-kinésico será porcentualmente mucho menor.

De acuerdo a nuestra experiencia, esas deformidades en huso que se agravan con el gesto deportivo, que llevan 2 o 3 meses de evolución y que son progresivamente más incapacitantes, deberán ser sometidas a cirugía. Nosotros le hacemos la tenotomía longitudinal y dado que hay continuidad de las fibras tendinosas le permitimos la deambulación con muletas y apoyo progresivo de acuerdo a la tolerancia del dolor. Cuando se trata del tendón rotuliano no hay mayores dificultades salvo la flexión máxima de la rodilla. En Aquiles cuesta más poder calzarse y le indicamos taco alto y taloneras siliconadas. Obviamente la hidroterapia y la fisioterapia son útiles en el postoperatorio y en general entre los 30 y 40 días están trotando nuevamente sin molestias. Queda como reacción quirúrgica un tendón homogéneamente ensanchado pero indoloro.

En las rupturas parciales y totales de Aquiles, que cada cual haga la técnica que le guste pues en general, salvo excepciones, no hemos visto fracaso de

la operación en sí por la técnica quirúrgica, sino complicaciones como necrosis de piel e infecciones que obviamente destruyen el tendón y son muy difíciles de tratar.

El tratamiento quirúrgico que más dificultades nos han traído es sin duda la desinserción de Aquiles del calcáneo. Es muy difícil reinsertar el tendón al calcáneo pues a ese nivel el hueso es muy duro y cuesta perforarlo. El otro inconveniente es

que hay que prolongar la incisión en piel muy distal en el talón y luego queda una cicatriz residual dolorosa.

En las secuelas con gran destrucción de tendón, siempre hemos encontrado tendón residual a proximal para usar como injerto biológico, incluso con ausencia de 5 y 6 centímetros de tendón de Aquiles. No hemos necesitado nunca los injertos artificiales que sabemos que se usan y en algunos casos con buenos resultados.