

# Tendón de Aquiles desvitalizado secundario a proceso infeccioso

**Autores:**

Bonias-López J, <sup>(1)</sup> Marín-Bertolin S <sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> Centro de Asistencia Primaria "Fuente de San Luis" de Valencia.

<sup>(2)</sup> Servicio Cirugía Plástica. Hospital General Universitario de Valencia.

## Resumen

Se presenta un caso clínico complejo, sobre una secuela infecciosa tardía en paciente intervenido de rotura de tendón de Aquiles hace más de 13 años. El abordaje se realiza con diversos productos de cura en ambiente húmedo y polihexanida según la evolución de la herida. En un periodo de 3 meses, se consigue tener el lecho de la lesión en condiciones adecuadas para realizar un injerto simple.

**Palabras Clave:** Herida, infección, cura en ambiente húmedo, tendón Aquiles

## Abstract

*It presents a complex clinical case, a sequel in late infectious patient intervened of breakage of Achilles tendon more than 13 years ago. The approach is carried out with various products of cure in wet environment and Polyhexanide according to the evolution of the wound. In a period of 3 months, gets have the bed of the lesion in appropriate conditions to perform a single graft.*

**Keywords:** Wound, infection, cure in a wet environment, Achilles tendon

## Introducción

Las lesiones (principalmente roturas parciales y totales) del tendón de Aquiles están teniendo una incidencia creciente en estos últimos años debido al incremento de actividades deportivas de la población. Las roturas parciales o totales se cifran alrededor del 5 - 18% <sup>(1)</sup>.

Aunque cabe la posibilidad en determinados casos, de un abordaje conservador, principalmente la resolución más frecuente es quirúrgica. Según algunos estudios <sup>(2)</sup>, los principales problemas relacionados con la herida quirúrgica son los de carácter infeccioso, que se dan hasta en un 11,8% de los casos, en los que se ve agravado el pronóstico y se alarga el tiempo de recuperación.

Por otra parte la evolución de la propia herida, implica tiempos bastante prolongados de inflamación, sobre todo si la intervención se hace con técnica convencional <sup>(3)</sup>, (se consiguen mejores resultados utilizando una

técnica mínimamente invasiva), que pueden derivar en ocasiones, en tener que optar por una cicatrización por segunda intención <sup>(4)</sup>.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico complejo, sobre una secuela tardía en paciente intervenido hace más de 13 años.

## Caso clínico

### • Presentación del caso:

Paciente de 50 años que acude a Centro de Asistencia Primaria por presentar orificio de 1-2 cm y profundidad de 0,5mm aproximadamente en borde superior en una antigua cicatriz de talón en pie derecho.

### Antecedentes:

No presenta alergias ni antecedentes de interés. En el año 1989, practicando fútbol, tuvo una rotura total del tendón de Aquiles del pie derecho. Intervenido quirúrgicamente, a los cuatro o cinco días inicia cuadro infeccioso. Se estableció sistemática de curas y posteriormente se realizó un injerto de piel. Este se realizó siendo el sitio donante la cara interior del muslo pierna izquierda. Posteriormente presentó rechazo a dicho injerto, iniciándose curas de dicha herida para cierre por segunda intención. A destacar que según refiere el paciente, todo el proceso relatado dura unos 5 años (desde el año 1989 hasta 1994); desde entonces hasta la actualidad en la herida aparecen costras de manera periódica, que el mismo paciente retira sin ninguna incidencia.

### • Enfermedad Actual:

El 4 de marzo del presente año acude al Centro de Asistencia Primaria por presentar un orificio de las dimensiones mencionadas anteriormente, tras haber retirado una costra que le había aparecido como en otras ocasiones. No presenta signos de infección, ni tiene exudado purulento y en el lecho de la úlcera hay presencia de fibrina en un 60%. También se aprecia un engrosamiento de toda la zona del tendón de Aquiles, con importante enrojecimiento; pueden verse a su vez que en parte central de dicho engrosamiento, mirando perpendicularmente, hay presencia de costras, lo que es habitual de la zona según relata el paciente.



Foto 1



Foto 2



Foto 3



Foto 4

## • **Evolución terapéutica:**

Iniciamos tratamiento con hidrogel en lecho de la lesión e hidratación del resto de la cicatriz; la herida se cubre con apósito de espuma de poliuretano (**Foto 1**).

El 25 de marzo (pasadas 3 semanas del inicio), en la zona inferior del tobillo aparece un orificio que a la presión drena un líquido seropurulento y maloliente. Se procede a la apertura de toda la antigua cicatriz y a la toma de muestra de cultivo mediante frotis, iniciándose antibioterapia con amoxicilina clavulánico; el resultado microbiológico aísla *Staphylococcus Aureus* y se asocia al antibiótico anterior cloxacilina. Ante los signos de celulitis que presenta se remite al paciente al Servicio de Dermatología del Hospital General de Valencia.

En la unidad de dermatología, se inicia una nueva pauta de curas consistente en el lavado de la herida con polihexanida más Undecilenamidopropil betaína. En el lecho ulceral se administra hidrogel y un apósito bactericida de componente argéntico como apósito primario (**Foto 2**).

Se continúa con esa pauta de curas hasta el 16 de abril, para pasar a tratar la herida con apósitos de liberación continua de solución de ringer, más desbridamiento cortante, continuando con la limpieza de la herida con

polihexanida (**Foto 3**). Hay que reseñar que el paciente durante todo el proceso terapéutico permanece realizando su actividad laboral y en ocasiones, el propio paciente realiza los autocuidados de la herida durante los periodos de ausencia que le impide acudir de forma regular a las citas.

A primeros de mayo se retira apósito de solución ringer ya que el paciente refiere la presencia de dolor; dolor que según nos comenta, ha ido en aumento desde la utilización de dicho apósito. Se establece entonces el realizar las curas con hidrogel, apósito lípido-coloide flexible, impregnado con partículas hidrocoloides (carboxi-metilcelulosa) y vaselina más apósitos de componente argéntico.

Como se aprecia una evolución lenta en la cicatrización, se realiza nuevo cultivo con escobillón y también por punción aspiración, el 21 de mayo (**Foto 4**). De la muestra de escobillón se aísla *E. Coli* y *P. Aeuroginosa*. En muestra de punción aspiración no se aísla ningún microorganismo patógeno.

Se inicia tratamiento con ciprofloxacino y se establece nueva pauta de cura, en el caso de la piel perilesional continuamos mismo tratamiento, pero en el lecho ulceral se opta por usar apósito de liberación de solución de ringer y polihexanida junto con desbridamiento



Foto 5



Foto 6



Foto 7



Foto 7 bis

cortante, obteniéndose resultados importantes en el desbridamiento de la herida (**Foto 5**). Continuidad de las curas cada 48h, durante 30 días, consiguiendo una limpieza casi total de la herida (**Foto 6**), preparada para acoger un injerto simple de piel (**Fotos 7 y 7 bis**).

## Discusión

Los problemas infecciosos relacionados con la herida quirúrgica dan lugar en ocasiones a secuelas tardías con una clara morbilidad y menoscabo en la seguridad y calidad de vida de los pacientes.

Este tipo de situaciones pasan a ser heridas complejas tanto en el manejo como inciertas en la evolución, por lo que en preciso ir adaptando la estrategia de curación en función de la evolución de la lesión y frecuentemente combinar diferentes productos.

La utilización de un injerto de piel, cuando las circunstancias de la lesión son ya adecuadas (lecho de la herida limpio, sin presencia de esfacelos o tejido necrótico, sin signos de infección, con tejido de granulación en toda la superficie...), consigue resolver la lesión en un tiempo menor.

## Bibliografía

1. Guerra-Velez P, García-Fernández D, Cano-Egea JM, San-Hospital FJ. Sutura percutánea del tendón de Aquiles mediante la técnica de las cinco incisiones. Seguimiento a medio plazo. Tobillo y pie. 2010; 2(2):13-8
2. Khan R, Carey Smith R. Intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de la rotura aguda del tendón de Aquiles. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 9. Art. No.: CD003674
3. Paton F, García M. Resultados en pacientes con rotura del tendón de Aquiles tratados quirúrgicamente con técnica convencional frente a pacientes tratados con técnica mínimamente invasiva. Evolución a dos años. Trauma Fund MAPFRE. 2012; 23(3): 172-175
4. Arantón Areosa L, Beaskoetxea Gómez P, Bermejo Martínez M, Capillas Pérez R, García Collado F, Segovia Gómez T, et al. Guía Práctica Ilustrada: Tratamiento de Heridas. Edimsa; Madrid 2008.