

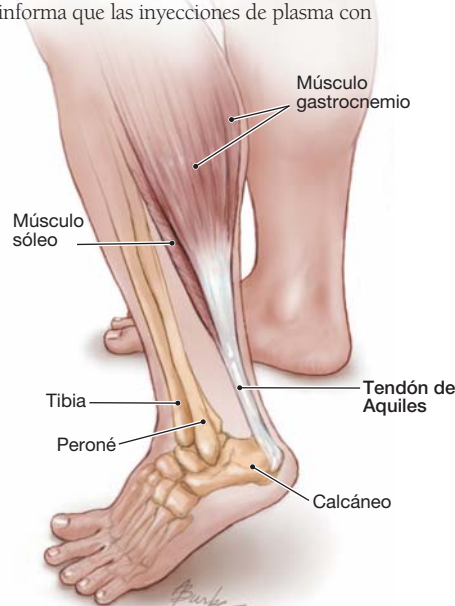
# Tendinopatía aquilea

Un **tendón** es una banda resistente de tejido que se conecta a un músculo en un extremo y a un hueso en el otro. El **tendón de Aquiles** conecta los músculos de la pantorrilla (gastrocnemio, sóleo) al hueso del talón (calcáneo). Es el tendón más grande del cuerpo y permite que una persona camine, corra, salte, se pare en punta de pie, y suba y baje las escaleras. Al correr, se somete a cargas mayores de hasta 12 veces el peso del cuerpo. Recibe su nombre en honor al mítico héroe griego, Aquiles, que era invulnerable en todo su cuerpo salvo en su talón y, finalmente, sufrió una lesión mortal en el talón por una flecha. Desde entonces, el término “talón de Aquiles” se ha utilizado para designar la principal debilidad de una persona. La **tendinopatía aquilea** es una lesión común por sobrecarga que representa el 11% de todas las lesiones causadas por correr. La edición del 13 de enero de 2010 de JAMA incluye un estudio que informa que las inyecciones de plasma con plaquetas no fueron eficaces para el tratamiento de tendinopatía aquilea crónica.

## CAUSA

Se considera que la causa de la tendinopatía aquilea (anteriormente denominada “tendinitis de Aquiles”) es la cicatrización anormal del tejido y el debilitamiento del tendón. El suministro de sangre al tendón es deficiente, lo que posiblemente contribuye a la lenta cicatrización. La frase “demasiado en poco tiempo” se describe frecuentemente en las historias de los pacientes. Si bien no está comprobado, las causas pueden incluir:

- Rápido incremento en la distancia o velocidad de la carrera
- Incorporación de carreras en subidas o uso de escaleras a una rutina de ejercicios
- Comienzo demasiado rápido después de no hacer ejercicio
- Cambio del calzado o la superficie de entrenamiento
- Debilidad en los músculos de la pantorrilla
- **Rotación excesiva** de los pies al correr
- Uso de tacos altos, que acortan el tendón y los músculos de las pantorrillas



## SINTOMAS

El dolor se siente comúnmente en la mitad del tendón. Inicialmente, el dolor y el entumecimiento se presentan solo por la mañana, durante el calentamiento o después de la actividad. El reposo puede disminuir los síntomas, pero suelen regresar con el aumento de la actividad. En una etapa posterior, el dolor del tendón es más constante.

## TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

La tendinopatía crónica es difícil de tratar. El tratamiento no quirúrgico es el enfoque más conservador. Cambiar de deporte (natación, entrenamiento con pesas, remo, ciclismo) le da al tendón tiempo para descansar. La **terapia de ejercicios excéntrica** (ejercicios que imponen el estiramiento combinado con contracción de un músculo) es un tratamiento que se está recetando con mayor frecuencia a los pacientes con tendinopatía aquilea crónica. Si bien la evidencia científica no respalda muchos tratamientos tradicionales, se siguen utilizando con frecuencia e incluyen medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (por ej., ibuprofeno), **ortesis** (dispositivos que brindan soporte al músculo y alivian el estrés sobre el tendón; por ej., almohadillas para el talón), estiramiento, masajes, ultrasonido, colocación de cinta en la parte posterior de la pierna y yeso. La inyección de esteroides directamente en el tendón se utiliza a veces, pero normalmente no se recomienda dado que algunos especialistas consideran que aumentan el riesgo de la ruptura del tendón. La cirugía es, a menudo, un último recurso dado que la recuperación es lenta.

Si bien no está comprobado, las medidas preventivas con frecuencia incluyen optar por un calzado para correr que proporcione suficiente amortiguación para apoyo del talón, usar una prótesis recetada, caminar y estirar para calentar los músculos de las pantorrillas antes de correr, aumentar gradualmente la distancia y velocidad de la carrera en no más del 10% por semana, evitar correr a gran velocidad y correr en pendientes si no está acostumbrado, y enfriar adecuadamente después del ejercicio.

## PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

- National Institutes of Health (Institutos Nacionales de Salud)  
[www.niams.nih.gov](http://www.niams.nih.gov)
- American Academy of Orthopaedic Surgeons (Academia Americana de Cirujanos Ortopédicos)  
[orthoinfo.aaos.org](http://orthoinfo.aaos.org)

## INFÓRMESE

Para encontrar esta y otras Hojas para el Paciente de JAMA anteriores, vaya al enlace Patient Page (Hoja para el Paciente) del sitio web de JAMA en [www.jama.com](http://www.jama.com). Muchas están disponibles en inglés y español.

Fuentes: National Institutes of Health, American College of Rheumatology, American Academy of Orthopaedic Surgeons

Huan J. Chang, MD, MPH, Writer

Alison E. Burke, MA, Illustrator

Richard M. Glass, MD, Editor

La Hoja para el Paciente de JAMA es un servicio al público de JAMA. La información y las recomendaciones que aparecen en esta hoja son adecuadas en la mayoría de los casos, pero no reemplazan el diagnóstico médico. Para obtener información específica relacionada con su afección médica personal, JAMA le sugiere que consulte a su médico. Los médicos y otros profesionales de atención médica pueden fotocopiar esta hoja con fines no comerciales, para compartirla con pacientes. Para comprar reimpresiones en grandes cantidades, llame al 312/464-0776.

**JAMA**  
COPIA PARA  
SUS PACIENTES