

# CASO CLINICO:

## RECUPERACIÓN PRECOZ DE ROTURA PARCIAL DEL TENDÓN PERONEO LARGO EN BALONCESTO PROFESIONAL

ORGANIZA



COLABORA



# RECUPERACIÓN FUNCIONAL SUPERVISADA DE ROTURA PARCIAL DEL TENDÓN PERONEO LARGO CON RETORNO COMPETITIVO PRECOZ EN LIGA ACB

## ANTECEDENTES DEL DEPORTISTA

Base profesional de 41 años (1,91 m; 93 kg) con 20 temporadas en la élite internacional y elevada exigencia de minutos. Sin cirugías previas y únicamente cuadros autolimitados de sobrecarga plantar; no se documentaron lesiones graves en el tobillo derecho antes de agosto de 2024.

## MECANISMO LESIONAL

El 02/08/2024, durante un encuentro en la Competición de verano con su selección nacional, se produjo inversión forzada al ser pisado por un rival. El gesto generó dolor súbito y hematoma distal en la pierna externa, seguido de tenosinovitis y reagudización posterior el 06/08/2024, obligando a la retirada de la selección cuatro días más tarde.

## VALORACIÓN INICIAL (03/09/2024)

Durante la valoración inicial en el club, el jugador presentaba marcha normofuncional en llano, pero claudicación visible al caminar en puntillas y durante el apoyo monopodal dinámico sobre el tobillo derecho. A nivel clínico se objetivó edema inframaleolar moderado, dolor retromaleolar (++), crepitación capsular anterior tibio-peronea y signos de inestabilidad ligamentosa: cajón anterior (+) y bostezo externo (+). La movilidad articular del tobillo era completa y simétrica; no se registraron síntomas en los movimientos resistidos, aunque la distensión pasiva provocaba molestias localizadas en la cara externa. La palpación resultó dolorosa en la zona de transición músculo-tendinosa del peroneo corto (PC) en el tercio medio-distal de la pierna, así como en el ligamento peroneo astragalino posterior (LPAP), sin hallazgos relevantes en LPAA, LPC ni en el complejo medial.

Funcionalmente, el jugador refería dolor difuso tras flexión plantar repetida y eversion forzada, con sensación de inestabilidad lateral al pivotar o frenar. Se descartaron signos de afectación ósea, sindesmal o medial. Las limitaciones se centraban en gestos explosivos y desaceleraciones, incompatibles con su exigencia competitiva.

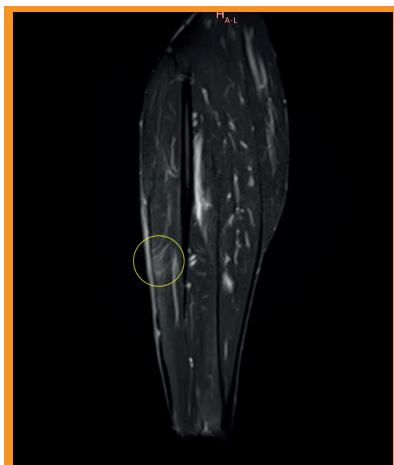
## IMAGEN:

- RMN tobillo derecho (13/08/2024) <sup>(1)(3)</sup>: rotura parcial inframaleolar del tendón peroneo largo (PL) con tenosinovitis asociada y fascitis plantar crónica.
- RMN pierna derecha (13/08/2024) <sup>(2)</sup>: edema peritendinoso PL-PC sin rotura muscular.

3. Diagnóstico final <sup>(3)</sup>: esguince complejo de tobillo derecho grado II-III + rotura parcial PL + sinovitis PP



<sup>(1)</sup>Imagen (RMN tobillo-TR)



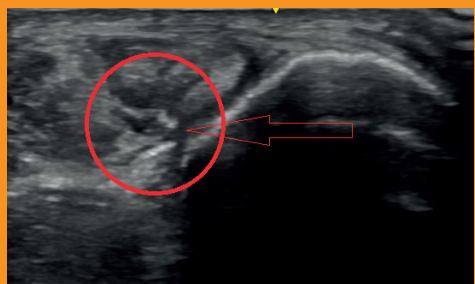
<sup>(2)</sup>Imagen (RMN pierna)



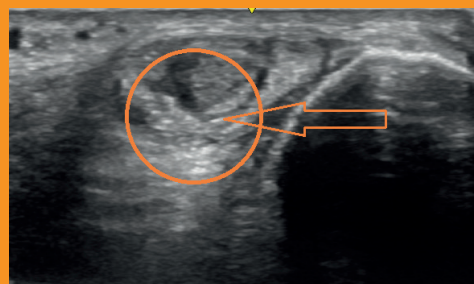
<sup>(3)</sup>Imagen (RMN tobillo- SAG)

## CRONOLOGÍA DE SEGUIMIENTO

FECHA	EVALUACIÓN / PRUEBA	HALLAZGOS CLAVE	DECISIONES CLÍNICAS
13/08/24	RMN inicial	Rotura parcial PL + tenosinovitis	Reposo funcional y fisioterapia
03/09/24	Valoración club	Confirmación clínica, dolor retromaleolar (++), inestabilidad leve	Inicio Fase 1 (tratamiento fisioterápico)
	Ecografía inicial <sup>(4)</sup>	Disrupción del tendón PL sugestivo de ruptura	Solicitar RMN para ampliar estudio
18/09/24	RMN control	Reducción edema PL-PC; mejora leve rotura PL (5,4 >4,3 mm)	1.º EPI ecoguiada + cámara hiperbárica
21/09/24	Test 5x0	Sin edema reactivo post-esfuerzo	Carrera continua y ejercicios técnicos leves
29/09/24	Clínica reagudización	Dolor puntual en pivotaje derecho	2.º EPI + diferir RMN
01/10/24	RMN post-EPI	Mejora tenosinovitis, tendinosis distal	Progresión a entreno parcial
05/10/24	Retorno competición	Minutos limitados, sin reagudización	Cambio vendaje > kinesiotape
31/10/24	Ecografía control <sup>(5)</sup>	Fibrosis intramuscular y neovascularización PL-PC	3.º EPI
19/11/24	Infiltración citocinas	Reposo relativo 7 días	Ejercicio aeróbico sin impacto
25/02/25	Alta médica	Asintomático, funcionalidad completa	Fin de supervisión



<sup>(4)</sup> Imagen: ECO inicial (03/09/2024)



<sup>(5)</sup> Imagen: ECO cicatriz (31/10/2024)

## TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO Y MÉDICO

El abordaje combinó fisioterapia avanzada y técnicas médicas secuenciadas en cuatro fases: estabilización precoz, reintroducción al gesto, consolidación funcional y recuperación avanzada. Se emplearon neuromodulación sobre peroneos y criocompresión en la fase inicial, junto con vendaje funcional estabilizador, que se mantuvo durante toda la temporada por su efecto de descarga mecánica y sensación de seguridad articular. La terapia manual incluyó movilizaciones específicas de la articulación tibioperoneoastragalina (decoaptaciones, tracciones y deslizamientos anteroposteriores), así como movilidad en plano frontal de la subastragalina y movilizaciones de las articulaciones del mediopié (Chopart y metatarsófalangicas). Estas técnicas buscaron mejorar el rango articular funcional, facilitar el retorno al gesto técnico y reducir la sobrecarga de las estructuras laterales del tobillo. Se administraron tres sesiones de electrólisis percutánea intratisular (EPI) ecoguiada, cuatro sesiones de cámara hiperbárica y dos infiltraciones ecoguiadas de citocinas autólogas (semanas 11 y 24) como soporte regenerativo. La progresión de carga se guió por test funcionales (5x0, circuitos técnicos y frenadas), tolerancia clínica y evolución ecográfica, permitiendo carrera a las tres semanas y retorno competitivo a las cuatro. A partir de la sexta semana se integraron ejercicios específicos por rol (parada y tiro, desplazamiento lateral defensivo, frenada en reverso), así como trabajo de core y estabilización lumbopélvica mantenido a lo largo del proceso. La adaptación de la carga se ajustó semanalmente en función del control postpartido y del estado inflamatorio local, con fisioterapia individual tras competición y uso puntual de etoricoxib. La evolución clínica fue favorable desde la tercera semana, sin reagudizaciones incapacitantes, y culminó con alta médica formal tras doce semanas efectivas de intervención estructurada.

## PLAN DE READAPTACIÓN / RETURN-TO-PLAY

ETAPA	CRITERIO DE PASO	PERIODO REAL
Carrera continua	5x0 sin dolor	18/09/24
Técnica sin contacto	Cambios dirección leves	22-28/09/24
Entreno parcial con balón	Sin edema post-sesión	29/09-04/10/24
Competición oficial	Minutos controlados	Desde 05/10/24
Alta médica	Funcionalidad plena + RMN estable	25/02/25

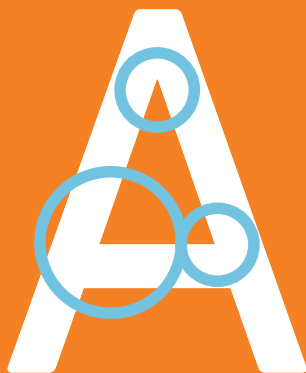
## RESULTADO Y REFLEXIÓN FINAL

El deportista regresó a la competición oficial cuatro semanas después de la valoración inicial (05/10/2024) y completó doce semanas efectivas de intervención estructurada hasta el alta médica (25/02/2025). Los episodios de reagudización fueron controlados en menos de 48 horas mediante fisioterapia intensiva y ajustes individualizados de carga, sin interferir en su disponibilidad competitiva. El uso combinado de fisioterapia avanzada, terapia biológica y criterios funcionales permitió sostener el rendimiento deportivo sin recurrir a cirugía ni interrupciones prolongadas. La ausencia de recidivas clínicas y la evolución imagenológica favorable refuerzan el valor de un abordaje conservador guiado por hitos en este tipo de lesiones. La implicación activa y disciplinada del jugador en su proceso de recuperación, junto con la coordinación estrecha entre los servicios médicos, el equipo de fisioterapia y la preparación física, fueron factores determinantes para alcanzar un resultado óptimo tanto en el plano clínico como en el rendimiento competitivo.

## BIBLIOGRAFÍA (VANCOUVER · SIGN/GRADE)

- Moore ML, et al. Management of ankle injuries in professional basketball players. *Orthop Rev (Pavia)*. 2021;13(1):9108. (SIGN B | GRADE Moderado)
- Ferreira MHL, et al. Effectiveness of percutaneous needle electrolysis for chronic musculoskeletal pain: a meta-analysis. *J Sport Rehabil*. 2024;33(5):307-16. (SIGN A | GRADE Bajo-Mod.)
- García-Gutierrez MT, et al. Autologous cytokine-rich injections in chronic tendinopathies: outcomes in elite athletes. *Am J Sports Med*. 2023;51(9):2435-43. (SIGN B | GRADE Bajo)
- Neblett R, et al. Hyperoxia for recovery in musculoskeletal injuries: a narrative review. *Musculoskelet Sci Pract*. 2024;68:102780. (SIGN B | GRADE Bajo)
- Di Santo P, et al. Return to sport after surgical treatment for peroneal tendon dislocation. *Appl Sci*. 2023;13(13):7685. (SIGN B | GRADE Bajo).

NUEVA  
FORMULA  
MAYOR PROTECCIÓN



FORMULADO CON  
LOS NUTRIENTES  
QUE NECESITAN  
LAS ARTICULACIONES  
Y LOS TENDONES

# ARTILASTIXCOLÁGENO<sup>®</sup>

COMPLEMENTO ALIMENTICIO PARA ARTICULACIONES Y TENDONES

Gelatina + Ácido Hialurónico + Ácido Maslínico + Hidroxitirosol + Vitamina C

## APORTAMOS + BENEFICIOS PARA LOS PACIENTES

PRIMER PREPARADO QUE COMBINA COLÁGENO  
HIDROLIZADO CON ÁCIDO MASLÍNICO,  
HIDROXITIRO SOL Y VITAMINA C PARA CONSEGUIR

- + PODER REGULADOR
- + PODER ANTIINFLAMATORIO
- + PODER ANTIOXIDANTE



**AS&NL**  
LEAD THE WAY  
[www.asnl.es](http://www.asnl.es)