



Cad Aten Primaria
Año 2006
Volumen 13
Pág. 184-185

Taller de infiltraciones articulares (V): pie

Nieto Pol, E.

Centro de Salud "Concepción Arenal", Santiago de Compostela. XAP de Santiago de Compostela

Maestro Saavedra, F.J.

Centro de Salud de Elvira-Mesoiro, A Coruña. XAP de A Coruña

Cinza Sanjurjo, S.

Central de Coordinación de urgencias - 061, Santiago de Compostela

Freiria Tato, M.J.

Centro de Salud de Noia. XAP de Santiago de Compostela

Grupo de patología osteoarticular de la AGAMFEC

1. ESPOLÓN CALCÁNEO

Es una exostosis ósea secundaria a calcificaciones de inserciones que pueden estar a nivel subcalcáneo o retrocalcáneo posterior.

La lesión provoca dolor a nivel del talón, sobre todo al apoyar el mismo en el suelo, siendo habitual su aparición insidiosa e ir incrementándose con el paso del tiempo.

Suele ser más frecuente en verano debido al uso de calzado indebido. El dolor obliga al enfermo a evitar cargar el peso sobre el talón y camina apoyando el metatarso (cojea).

El dolor es atribuido a una inflamación del periostio, a una bursitis e irritación de los filetes nerviosos vecinos.

Se debe recordar que no existe correspondencia clínico-radiológica: el hallazgo radiológico de un espolón no es indicativo de patología pues la mayoría de ellos no son dolorosos.

El espolón se encuentra en cerca del 50% de las talalgias.

Exploración

Dolor a la palpación profunda sobre el calcáneo dependiendo del punto donde asiente la lesión (el más frecuente espolón antero-inferior).

En ocasiones la presión en la región latero-interna puede desencadenar dolor de forma más difusa, apreciándose tensión plantar.

Diagnóstico

Se debe realizar mediante radiografías (lateral) de ambos pies, por la frecuencia de simetrías. De esta manera confirmaremos el diagnóstico diferencial con la fascitis plantar.

Tratamiento

Los AINEs, el reposo, la rehabilitación, el uso de calzado adecuado con plantillas de descarga y en algunas ocasiones las infiltraciones

locales con glucocorticoides son algunas de las medidas terapéuticas utilizadas. Como última opción está la cirugía.

2. FASCITIS PLANTAR

Es la causa más frecuente de talalgia.

La fascia plantar (aponeurosis plantaris) se origina en la tuberosidad medial del calcáneo, subyacente al tejido celular subcutáneo, se extiende por la planta del pie, ensanchándose en forma triangular hasta insertarse por medio de las cintillas pretendinosas en la base de la 1ª falange.

En su porción media es gruesa y con sus fibras bien estructuradas en sentido longitudinal.

Su función es mantener de forma estática la forma de la bóveda plantar.

Personas obesas, pies con arco longitudinal acentuado o cuando la permanencia de pie se mantiene durante tiempo prolongado, son condiciones en las cuales la fascia sufre mayores situaciones de estrés, produciéndose una sobredistensión de sus fibras colágenas con irritación de terminaciones nerviosas, sobre todo a nivel de las inserciones junto al hueso calcáneo. Todo ello provoca dolor a nivel del talón, sobre todo con la marcha (fase de ataque del talón) cuando impacta el mismo contra el suelo.

Exploración

A la inspección no se objetiva inflamación ni rubor a nivel del talón. En la palpación comparándola con el otro pie se aprecia una cierta tensión plantar, así como dolor en el borde interno y centro del talón (entre 1/3 medio y 1/3 posterior de la planta del pie) cuando ejercemos presión profunda.

A veces suele desencadenarse dolor en el tercio posterior del pie afecto con la hiperextensión pasiva de los dedos.

Tratamiento

Los AINEs, el reposo, la rehabilitación, el uso de calzado adecuado con plantillas de descarga y en algunas ocasiones las infiltraciones locales con glucocorticoides son algunas de las medidas terapéuticas utilizadas. Como última opción está la cirugía.

TÉCNICA DE INFILTRACIÓN DEL ESPOLÓN Y FASCITIS PLANTAR

- Paciente en decúbito supino, con el pie cruzado sobre la otra pierna.
- Punto de entrada: borde antero-interno del talón próximo a la zona de apoyo, sobre la piel fina.
- La dirección de la aguja es paralela al plano de apoyo hasta el centro del talón, en ángulo aproximado de 45.
- Infiltrar lentamente para no producir dolor al distender la inserción de la aponeurosis.
- Se emplea aguja verde (i.m.) inyectando una cantidad aproximada de 1-2 ml.

3. METATARSALGIA. NEURINOMA DE MORTON

La neuralgia de Morton es una neuropatía por atrapamiento del nervio que discurre por el tercer espacio intermetatarsiano (menos frecuente del 2º) ocasionando una fibrosis perineural. Dicho nervio suele quedar atrapado por el ligamento metatarsiano transversal, que produce fibrosis perineural.

Aparece habitualmente como consecuencia del uso prolongado de un calzado puntiagudo y con tacón alto que comprime el antepié. Afecta al sexo femenino entre los 25 y 50 años, generalmente de forma unilateral.

La clínica se caracteriza por dolor lancinante entre el 3º y 4º dedo en relación con la marcha, acompañándose de parestesias, disestesias e incluso anestesia de los dedos contiguos, y que obliga al paciente a

detenerse, descalzarse y tras un ligero masaje en el pie reemprender la marcha aunque con cierta dificultad.

Exploración

En la inspección no se observa ningún signo de afectación articular ni lesión cutánea aparente. La palpación de cada espacio intermetatarsiano permite apreciar en ocasiones una tumoración blanda (neurinoma) entre las cabezas de los metatarsianos que, al comprimir lateralmente las cabezas metatarsianas entre sí, o bien con la compresión dorsoplantar del espacio interdigital correspondiente, reproduce la clínica referida por la paciente (dolor lancinante característico).

También se provoca dolor a nivel del neurinoma cuando se comprime el pie transversalmente (abarcando con una mano el pie entre las cabezas del 1º y 5º metatarsiano).

La electromiografía en ocasiones y la RMN confirman el diagnóstico.

Tratamiento

Es importante reducir la sobrecarga del antepié (usando un calzado más ancho, con tacón más bajo), evitar el sobrepeso y con frecuencia, añadir una plantilla con apoyo retrocapital que reduzca la presión que se ejerce sobre la cabeza de los metatarsianos. En algunas ocasiones está indicada la realización de infiltraciones locales con glucocorticoides, y rara vez la exéresis quirúrgica.

Técnica de infiltración

- Paciente en decúbito supino con la rodilla flexionada y el pie en flexión y apoyo plantar.
- Punto de entrada a través del 3º espacio intermetatarsiano.
- Se emplea aguja naranja, introduciéndose perpendicular al plano cutáneo hasta encontrar el punto de parestesia (calambrazo), retirándose entonces unos mm. e inyectando una cantidad aproximada de 1 ml.