

Fascitis plantar: caso clínico

Plantar fasciitis: case report

Piedad MATEOS SIMÓN

Diplomada en Podología

Experto Universitario en Podología Médico Quirúrgica del Antepie
Universidad Complutense de Madrid. España

Correspondencia:

Piedad Mateos Simón. Clínica de Podología. Avenida del Valle 2. 10600 Plasencia. España.

Fecha de recepción: 3 mayo 2006

Fecha de aceptación: 6 de septiembre 2006

RESUMEN

La fascitis plantar, es una de las causas de dolor en el talón, siendo la fascitis plantar la expresión de un desgarro intersticial degenerativo, producido por el traumatismo repetido o por la fatiga de la fascia plantar, acompañándose en ocasiones de inflamación crónica y fibrosis ocasional. El objetivo de este artículo es dar a conocer esta entidad clínica que con tanta frecuencia nos encontramos haciendo hincapié en el diagnóstico diferencial de otras entidades que pueden cursar con una sintomatología similar, así como su tratamiento.

Palabras clave: Fascitis plantar. Talalgia.

ABSTRACT

The plantar fasciitis, is one of the reasons of pain in the heel, being the plantar fasciitis the expression of an intermediate degenerative tear, produced by the repeated traumatism or by the fatigue of the plantar fascia, accompanying in occasions of chronic inflammation and occasional fibrosis. The lens of this one article is to give to know this clinical entity that with so many frequency we are emphasizing the differential diagnosis of other entities that they can deal with a similar symptomatology, as well as his treatment.

Key words: Plantar fasciitis, Heel pain.

INTRODUCCIÓN

La fascitis plantar “síndrome de talalgia¹”, es la expresión de un desgarro intersticial degenerativo, en la inserción del calcáneo y que se acompaña, pero no siempre, de una exostosis en forma de espolón que parte de la apófisis medial de la tuberosidad postero inferior del calcáneo. Suele aparecer con la bipedestación prolongada aunque el comienzo de los síntomas puede estar relacionado con un sobre-esfuerzo o un cambio brusco y temporal en la actividad.

Se observa mayor incidencia en pacientes entre 40-60 años, con sobrepeso, que por lo general no recuerda ningún antecedente traumático y deportistas que aumentan la tensión de la fascia.

ANATOMÍA

La fascia plantar es una capa de tejido adiposo y conectivo cuya función es la de soporte y protección de estructuras subyacentes del pie. Discurre longitudinal a lo largo de la superficie plantar, profunda al tejido subcutáneo, cubriendo la musculatura plantar y estructuras neuromusculares.

La fascia plantar, el espesor de su estructura se origina en la tuberosidad infero medial del calcáneo (fig.1), discurrendo por el arco del pie en forma triangular distalmente hasta insertarse en la cabeza metatarsal y base de las falanges proximales de los dedos, formando 5 bandas que se insertan por medio de cintillas pretendinosas en base de falanges proximales, ligamento transverso metatarsal y vainas tendinosas de los flexores.

Se compone de 3 fascículos longitudinales, fibras centrales (aponeurosis plantar), las laterales (fascia plantar externa) y las mediales (fascia plantar interna). Las fibras centrales son el componente más largo de aprox. 1,5-2,0 cm. de ancho que a medida que va distalmente se divide en 2 capas, una superficial cuya inserción forma bandas longitudinales y transversales y otra profunda que forma tabiques sagitales que rodean los flexores.

ETIOPATOGENIA

La fascia plantar es un estabilizador estático del arco plantar longitudinal, que dinámicamente es estabilizado por los tendones de inserción de los músculos flexor corto plantar, abductor del 5º y abductor del 1º, por tanto en situaciones estáticas como dinámicas que aumentan la tensión en la fascia e inserción muscular pueden producir signos

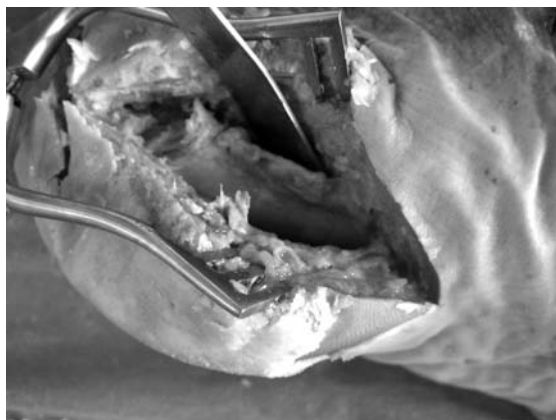


Fig. 1. Incisión cutánea en la zona medial del talón aislando con una valva de Ribbon la fascia Plantar en la zona de inserción al calcáneo.

inflamatorios, así como periostitis en la apófisis medial del calcáneo, con pequeños desgarros, mínimos hematomas y posteriores calcificaciones que pueden dar lugar a la aparición del espolón².

FACTORES PREDISPONENTES

Existen factores que someten a la fascia a un estado tensil, ya sea de tipo anatómico como pie plano o el pie cavo; tipo funcional como el acortamiento del tendón de Aquiles; el desarrollo de una actividad deportiva o laboral, así como el sobrepeso o el uso de calzado inadecuado.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

El paciente acude a consulta por presentar dolor en la cara plantar del calcáneo, ligeramente interno que en ocasiones puede irradiarse en el sentido distal hacia la bóveda plantar y/o dedos del pie, siendo un dolor gradual que aumenta y disminuye en intensidad. El dolor empeora al levantarse por la mañana o en periodos prolongados sedestación, el dolor puede llegar incluso a no desaparecer, siendo constante y sobretodo en los primeros pasos, de manera punzante como si algo se clavara en el talón, identificándolo el paciente con el espolón si existe, como causa de este dolor el paciente al sentarse o acostarse adopta una posición en ligero equino³, acortando y retrayendo la fascia.

Según el tiempo de evolución la clasificaremos en aguda, cuando la evolución es inferior a 3 sema-



Fig. 2. Presión en banda medial de la fascia plantar.

nas, subaguda entre 6-8 semanas y crónica evolución superior a 8 semanas.

A la exploración física es característico que el dolor se agrave con la presión profunda selectiva en el borde interno y centro del talón, siendo esta zona el lugar de inserción proximal. Normalmente no suele haber tumefacción local excepto en los casos donde hay ruptura de la fascia aguda propia del deportista (fig. 2).

Otra maniobra que puede provocar dolor es la flexión dorsal pasiva forzada del pie y dedos ya que esto provoca la tensión de la fascia inflamada, esta maniobra cuando desencadena dolor es en casos severos (fig. 3).

JUICIO DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se realiza mediante la correcta anamnesis y exploración física del miembro inferior, aunque para un diagnóstico más certero tenemos las siguientes exploraciones complementarias: estudio biomecánico de la marcha; pruebas de laboratorio: estudio de hemograma, VSG, PCR, metabolismo fosfocálcico, ácido úrico, factor reumatoide y marcadores tumorales para detectar otras enfermedades infecciosas, tumorales, metabólicas o inflamatorias; estudio analítico, para descartar la posibilidad de presentar el antígeno HLA-B27; electromiografías: ante sospecha de síndrome de compresión nerviosa; gammagrafías óseas; radiografía completa en carga: antero posterior, lateral, oblicua, proyección axial del calcáneo, tomografía computarizada, resonancia magnética, ecografía, las tres últimas sólo se realizan en aquellos casos en los que el diagnóstico no esté claro.

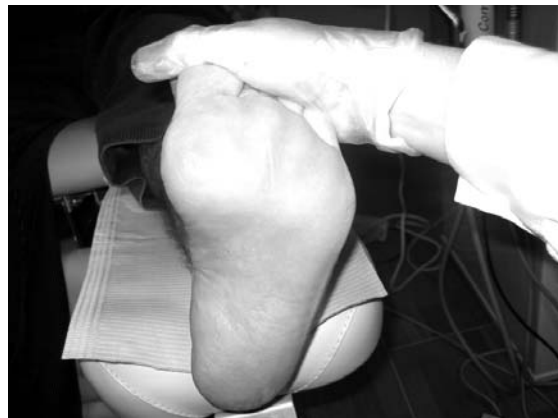


Fig. 3. Flexión dorsal forzada de la primera articulación metatarso falangita provocando tensión en la banda medial de la fascia plantar.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El dolor en el talón a nivel plantar puede estar provocado por numerosas entidades patológicas como una manifestación local de enfermedades inflamatorias, enfermedades metabólicas tales como la gota, la diabetes, las enfermedades vasculares o enfermedades neurológicas.

Las talalgias neurogénicas como el atrapamiento de la primera rama del nervio plantar lateral, se manifiesta como una sensación de quemazón o de corriente eléctrica irradiándose a la pierna o el pie, parestesias, anestesia, cuyo diagnóstico bastaría con la palpación de este, produciéndose dolor y/o parestesias hacia distal o proximal así como la realización de pruebas sensitivas y motoras. Otro caso de talalgia neurogénica es la neuropatía radicular S1 por discopatía lumbar.

La degeneración de la almohadilla grasa subcalcánea⁴ en edad madura también puede provocar dolor en talón, así como la bursitis subcalcánea⁵, la fractura espontánea del calcáneo en paciente con osteoporosis intensa, la fractura traumática aunque hay antecedentes de ello y los callos viciosos de fractura a nivel de la tuberosidad postero inferior del calcáneo. La patología tumoral, no muy frecuente en esta localización se debe tener en cuenta el quiste óseo simple de calcáneo como tumor benigno más característico y de los malignos tenemos el osteosarcoma y condrosarcoma.

En las edades comprendidas entre 9-12 años es frecuente la talalgia por epifisitis postero inferior del calcáneo (enfermedad de Sever⁵). Otros procesos: tendinopatías del Aquiles, la bursitis pre o retrocal-

cánea de la enfermedad de Haglund⁶, artritis subastragalina y tendinitis del tibial posterior.

TRATAMIENTO

El tratamiento conservador suele ser suficiente en la mayoría de los casos aunque deberá prolongarse y según el estadio de la fascitis tenemos: en el caso de sobrepeso: pérdida de peso; reposo: 15 días si fase aguda y en fase subaguda o crónica restricción de la actividad y sobre todo deportes que produzcan una carga con impacto repetido; ejercicios con estiramiento de tendón de Aquiles; ortopodológico: taloneras, soporte para el arco interno; calzado: suela semirrígida con tacón blando y elevado 4 cm; farmacológico: medicación antiinflamatoria no esteroidea y analgesia;

infiltración: con corticoide; fisioterapia e inmovilización. En los casos en los que tengamos un dolor crónico y de tal severidad que altere de forma significativa la forma de vida del paciente optamos por la cirugía, mediante la realización de una fasciotomía.

CONCLUSIONES

La fascitis plantar es una de las causas de talalgia plantar más frecuente, aunque no debemos descartar la compresión o atrapamiento nervioso.

El diagnóstico se realiza con una adecuada anamnesis y exploración clínica.

El tratamiento conservador, es efectivo en la mayoría de los casos, no siendo necesario el tratamiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jhonson KA. Pie y tobillo. Marban. Madrid,1998.
2. De Prado M,Ripio PL, Galanó P. Cirugía percutánea del pie. Barcelona: Masson. 2003.
3. Duvries, Inman. Cirugía del pie Mann. 5ªed. Buenos Aires: Médica, panamericana. 1987.
4. May TJ et al. Current treatment of plantar fasciitis. Curr Sports Med Rep.2002; 1 (5):278-84.
5. Guhl J.F, Serge Parisien J., Boynton M.D. Foot and Ankle arthroscopy. 3ªed.Springer.2004.
6. Hernández L.C, Lopez-pino M.A, Soto del Valle M., Martínez V., Jiménez M., Recio M., López Muñiz A., Viaño J. Fascitis plantar: hallazgos por resonancia. Archivos de Medicina del Deporte. 2001; 18 (82): 165-168.
7. Prieto Riaño R, Prieto García J.M. Fascitis plantar: diagnóstico y tratamiento. Revista Española de Podología. 2003;14(6): 272-278.
8. Santamaría Rebollo E., Losa Iglesias M.E.,Rocha Cantú J.L, Becerro de Bengoa R. Atrapamiento de la primera rama del nervio plantar lateral. Revista Española de Podología. 2004: 15(5): 232-238.
9. Nuñez Samper M, Llanos Alcázar L F°. Biomecánica, medicina y cirugía del pie. Madrid: Masson, S.A. 1997.
10. Dorotka R, Sabeti M, Jimenez-Boj E, Goll A, Schubert S, Trieb K. Location modalities for focused extracorporeal shock wave application in the treatment of chronic plantar fasciitis. Foot and Ankle 2006; 27(11): 943-947.