

# HISTORIA CLINICA COMENTADA

Paciente M.C.M.

Sexo: Mujer

Edad: 40 años

Tipo constitucional: Obesidad moderada

Ocupación: Trabajos hogar y oficina

Antecedentes patológicos generales propios infancia y sin apenas interés

Patología podológica familiar sin interés

## ANTECEDENTES

Cuenta la paciente, que desde la pubertad, es decir hasta donde le alcanza la memoria de forma clara y sin lagunas, viene presentando unas pododínias difusas, sin puntos selectivos, que describe como "pies cansados y doloridos"; molestias que van aumentando con la bipedestación y la marcha durante el transcurso del día, y que se acusan a medida que se va haciendo mayor.

A los 32 años decide consultar con su médico de cabecera, el cual la remite a un traumatólogo u ortopédico (no sabe precisar), que le diagnostica unos pies planos y le prescribe unas plantillas de duraluminio prefabricadas, a las cuales no se adapta y no le solucionan el problema. En vista de los resultados se le cambian las plantillas por otras de material blando, y después de un corto período de adaptación, encuentra mejoría temporal.

A los 34 años las molestias vuelven a ser preocupantes, teniendo que restringir las horas de bipedestación, y aumentar las de sedentarismo. Tiene que renunciar al clásico calzado de salón, y calza zapatos de tacón ancho, con una altura de unos 3 traveses de dedo, sujetos con cordones, y con una anchura de puntera no aberrante.

Prueba varios tipos de plantillas, de distintas ortopedias, según consejo de personas "bien intencionadas", pero no profesionales, de las más variopintas formas, y que tampoco le solucionan el problema.

## MOTIVO CONSULTA

"Sus pododonias", que ahora ya con 40 años son selectivas en cabezas metatarsales.

## EXPLORACION

### A) INSPECCION

Coloración extremidades normal, Contextura epidérmica normal, Temperatura local normal.

Se palpan bien las arterias poplíteas, tibiales y pedias. No vasculopatías ni formaciones varicosas, Si sub-edema acro vespertino estival ("en verano por la tarde, los zapatos parecen apretarle más"). No dermatopatías ni onicopatías, No trastornos de la sudoración. En sus zapatos usados el desgaste de la suela y tacón son normales, y no se aprecian deformaciones valorables.

### B) PALPACION

La palpación metatarsal es positiva dolorosa a nivel de la 4.ª cabeza derecha, y de la 2.ª izquierda, tanto a la presión inferior, a la antero-posterior, como al pinzamiento.

La fórmula metatarsal es Index plus, bilateral y simétrica, y la fórmula digital egipcia. Palpación plantar normal. Palpación talón normal. En la palpación del borde interno se encuentra el escafoides al través de dedo, del plano de la base de sustentación (en posición sentada). La palpación del borde externo es normal, y la de la cara dorsal normal.

### C) FUNCIONALIDAD ARTICULAR

— Tibio-peróneo-astragalina. Pie derecho: flexión 15°, extensión 55° Pie izquierdo: flexión 15°, extensión 45°

— astrágalo-calcánea normal.

— Chopart normal

— Lisfranc normal

— Intermetatarsianas normales

— Metatarso-falángicas normales

— Interfalángicas normales.

No obstante se apreció claramente un crepitar de sesamoideos izquierdos.

### D) FUNCIONALIDAD MUSCULAR

Gemelos y sóleo normales

Flexor largo propio del 1.º dedo normal

Flexor largo común de los dedos normal

Extensor largo propio 1.º dedo normal

Extensor largo común de los dedos buena en 2.º y 3.º e insuficiencia funcional casi absoluta en 4.º y 5.º dedos bilateralmente.

Tibial anterior normal

Peroneo anterior normal

Tibial posterior normal

Peroneos lateral largo y corto normales

Pedio normal.

## E) EXPLORACION NEUROLOGICA

Reflejo patelar normal  
Reflejo aquileo normal  
Reflejo plantar normal  
Sensibilidad táctil y térmica normales  
No alteraciones valorables del tipo de marcha.

## F) PODOSCOPIA

Surcos poplíteos equidistantes y simétricos  
Genu valgo de 10° simétrico  
Línea de Helbing neutra  
No diástasis maleolar  
Insuficiencia del A.L.I. bilateral con palpación del escafoides a 1/2 través de dedo del suelo.  
Gran hundimiento metatarsal formando arco anterior transversal una imagen en secasfirmas.  
Insuficiencia total de los dedos, que aparte del 1.º que ofrecía imagen de contacto, pero no de presión, los 8 restantes no contactan con el cristal del podoscopio.

## DIAGNOSTICO

Con todos los datos anteriores la etiología de las metatarsalgias parece clara; PIE PLANO BILATERAL CON GRAN HUNDIMIENTO DE LOS ARCOS ANTERIORES TRANSVERSOS, claudicación de los ligamentos intermetatarsales, insuficiencia de los músculos lumbricales, interóseos, y extensores comunes de los dedos. La subluxación de los sesamoideos izquierdos provoca una insuficiencia del 1.º eje-radio unilateral con sobrecarga del 2.º (se comprobó posteriormente la subluxación mediante radiografía en bipedestación y carga), y en el pie derecho se encuentra afectado especialmente el 4.º meta.

## TRATAMIENTO

En un primer intento se ensayaron unas plantillas blandas, previa la confección de moldes de yeso en descarga y angulación pierna-pie de 90°, que protegiera y acolchara los A.A.L.L.I. en su

hundimiento funcional, añadiendo una descarga retrocapital en barra transversal, también blanda e irregular procurando descargar especialmente los puntos dolorosos selectivos, todo ello combinado con un alargó metatarsal de espuma de látex para acolchar cabezas. La adaptación a las plantillas fue buena y la paciente encontró una mejoría que no fue total.

En una 3.ª consulta, y a la vista de los resultados positivos parciales, y tras comprobar, de nuevo, la insuficiencia prácticamente total del apoyo digital, se optó por confeccionar unos moldes negativos, (en carga) del antepié, con alginato, que una vez rellenos de yeso-escayola, reproducían exactamente las zonas de hiperpresión e insuficiencia.

Con estos moldes positivos se confeccionaron unas "plantillas dígito-metatarsales" con silicona del tipo Silone, que se incorporaron a las "plantillas tarso-metatarsianas" anteriormente descritas, consiguiendo que la superficie de apoyo del antepié fuese de un 100%.

La adaptación no ofreció ningún problema, pues la paciente ya estaba mentalizada para el uso de un calzado ancho de puntera.

Pasadas ya 5 semanas han desaparecido en su totalidad las metatarsalgias, y están desapareciendo también las hiperqueratosis difusas de las cabezas de los metas.

## COMENTARIO FINAL

El interés de esta historia clínica, no radica tanto en el tratamiento, que no creemos sea original, sino más bien en comprobar el valor que tiene el apoyo digital en la biomecánica de la marcha, puesto que al aumentar la superficie de apoyo dígito-metatarsal, y adaptar el suelo a la insuficiencia anatómica del antepié desaparecen las molestias y permiten restablecer en gran parte la funcionalidad de este.

J. M. ALBIOL FERRER  
Podólogo. Mataró (Barcelona)