

# Tratamientos del Neuroma de Morton

Romà Subirà i Gomà

Licenciado en Podología. Profesor asociado de la U.B. Barcelona de Podología.

Correspondencia:  
Romà Subirà i Gomà  
E-mail: [clinicapodologica@hotmail.com](mailto:clinicapodologica@hotmail.com)

## Resumen

Este artículo está basado en una exhaustiva revisión bibliográfica. Pretende dar a conocer los posibles tratamientos del Neuroma de Morton, que están al alcance del profesional, para escoger el más óptimo para la resolución de la patología.

La revisión bibliográfica se realizó consultando artículos publicados en revistas especializadas, libros y diferentes páginas de internet.

La conclusión obtenida es que el diagnóstico correcto, mediante los test de exploración, es básico para erradicar la patología. El apoyo de las técnicas de diagnóstico complementario es necesario debido a las diferentes patologías que presentan una sintomatología similar. Por último, destacar que, concretar la etiología compresiva o degenerativa del nervio, nos facilita la elección del tratamiento más adecuado, ya sea incruento o quirúrgico.

**Palabras clave:** Neuroma de Morton. Clínica. Tratamientos incruentos. Tratamientos Cruentos.

## Summary

This article is based on an extensive literature review. It aims to show professionals the available treatments that are possible for Morton's neuroma, in order for them to choose the best one to cure this condition.

The literature review was carried out by consulting published papers in journals, books and several websites.

The conclusion is that a correct diagnosis, through clinical examination, is essential to eradicate this condition.

Complementary diagnostic techniques are necessary because there are different diseases that have similar symptoms.

Finally, it is worth highlighting that, defining the degenerative or compression etiology of the nerve, makes it easier to choose the most appropriate treatment, whether it is non-invasive or surgical.

**Key words:** Morton's neuroma. Clinical examination. Non-invasive treatment. Surgical treatment.

## Introducción

En este artículo hablaremos de la neuropatía de Morton, que es una patología muy común en la consulta podológica. El neuroma que se presenta en esta patología, es un engrosamiento del nervio interdigital entre el 3er y 4º metatarsiano. Es por ello que los podólogos tenemos que tener claro como localizarlo, diagnosticarlo y tratarlo. También debemos saber qué clase de exploraciones realizaremos y cuáles serán sus síntomas, igualmente que pruebas complementarias podremos usar y cómo interpretarlas, pero sobretodo que tipo de tratamientos usaremos. En este punto podremos optar por diferentes tratamientos, los no quirúrgicos y los quirúrgicos. Todos los tratamientos están siempre en continuo avance, por ello se han incluido tanto métodos antiguos como nuevos métodos de tratamiento. El propósito de esta revisión viene definido por uno objetivo: Mostrar los posibles tratamientos que están al alcance del profesional, para poder optar por el más óptimo para la resolución de la patología.

## Revisión bibliográfica

### Tratamiento

Una vez tenemos el diagnóstico podemos optar por diferentes tratamientos: incruentos y cruentos.

#### *Tratamiento incruento*

El neuroma de Morton, en general, responde bien al tratamiento conservador, por lo que, en primer lugar, hay que tener especial cuidado en seleccionar a los pacientes, haciendo un diagnóstico diferencial exhaustivo con las diferentes patologías asociadas que pueden interferir en el resultado final<sup>1</sup>.

El primer tratamiento que aplicaremos, será una buena higiene en el calzado, nunca usar un tacón más alto de 2,5 cm. y lo suficientemente ancho a nivel del antepié.

#### *Soportes plantares*

Los soportes plantares deben de realizar una descarga en el 3er espacio intermetatarsal. La función del soporte plantar consiste en alinear las cabezas metatarsales y repartir las cargas y presiones del antepié. Usaremos un material que sea resistente y con memoria elástica.

Se realizan moldes en descarga, remarcando bien la zona de las cabezas metatarsales (Figura 1).

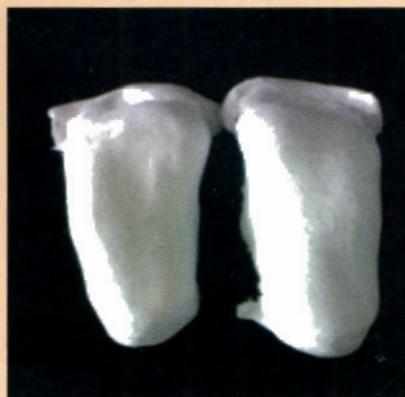


Figura 1. Moldes de escayola (Autoría propia)



Figura 2. Soportes Plantares Retrocapitales (Autoría propia)

Realizamos soportes plantares retrocapitales de resina flex-flux, o un polipropileno de grosor variable, dependiendo de la antropometría del paciente, la actividad del paciente, etc.<sup>2</sup>, remarcamos bien la zona del arco interno (Figura 2).

El arco anterior formado por las cabezas metatarsales lo elevamos suavemente, para disminuir la compresión del nervio interdigital.

Finalmente forramos los soportes con un material blando para amortiguar.

#### *Tratamiento farmacológico*

Tratamiento farmacológico con vitamina B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub><sup>3</sup>, junto con antiinflamatorios y analgésicos.

#### *Administración local de corticoides (infiltraciones)*

Deberemos tener el consentimiento informativo firmado por el paciente.

Posicionaremos al paciente en decúbito supino con pie y pierna en ángulo de 90º, tras marcar las cabezas metatarsianas del espacio afecto, se palpa el neuroma dorso-plantar para localizar la neuritis

Mantendremos la piel sin ninguna medicación tópica, así como tampoco rasuraremos la zona ya que sólo practicaremos una punción.

Explorar y localizar la zona afecta.

Alcohol 70° + povidona iodada y antisepsia en espiral centrífuga.

Cargar corticoide, 1ml. de triamcinolona®; en otras infiltraciones después cargar el anestésico, pero en este caso no es necesario ya que la triamcinolona® no produce dolor.

La infiltración se aplica mediante una inyección en la parte dorsal del antepié, en línea con las articulaciones metatarsofalángicas.

Al realizar la punción, se deben seguir unos principios básicos: no vencer resistencia en el trayecto, no lacerar tejidos cambiando de plano, si es necesario retroceder o cambiar de aguja, y aspirar. Infiltrar el preparado en la zona de máximo dolor<sup>4</sup>.

Se realiza un vendaje semicompresivo y una descarga plantar para aumentar el arco intermetatarsal.

Como máximo se realizaran 3 infiltraciones. Se tienen que espaciar como mínimo 2 semanas entre cada una, aunque es aconsejable 3-4 semanas.

Tras la infiltración realizar reposo de 48 h., reduce la rápida difusión sistémica, aumenta el efecto local y disminuye el riesgo de rotura tendinosa. Se debe tener especial atención en no inyectar las sustancias farmacológicas en la almohadilla de grasa plantar.

Nunca infiltrar si existe una infección aunque sea en otra localización, por riesgo de diseminación de dicha infección. También se ha de tener un cuidado extremo en no inyectar en la vaina tendinosa pues se puede provocar necrosis de la misma. Los efectos secundarios de las infiltraciones mayormente descritos es el entumecimiento, necrosis de la grasa plantar, alergia al corticoide, lesión de vasos o nervios adyacentes, lesiones tendinosas, infección en la zona del punción, irritación de la articulación, descompensación de la diabetes y de la hipertensión arterial, atrofia cutánea de la zona de punción<sup>5</sup>.

En este caso se ha elegido este corticoide, porque nos evitamos el anestésico, pero en muchas publicaciones se hace mención de un corticoide con anestésico<sup>6</sup>.

#### *Infiltraciones de alcohol etílico*

“... Mediante las infiltraciones de alcohol 4% diluido con un anestésico se produce una neurólisis química del nervio afectado por deshidratación de las células, necrosis y precipitación del protoplas-

ma; y por consiguiente se va a conseguir eliminar el dolor”<sup>3</sup>.

Se obtendrá la solución esclerosante, mezclando 48 ml. de bupivacina Clorhidrato 0,5% con epinefrina (1:2000.000) y 2 ml. de alcohol deshidratado inyectable; así se consigue un volumen total de 50 ml<sup>7</sup>.

La posología es la siguiente: a cada visita se le administra 0,5 ml. Se aplica en el espacio intermetatarsal, próximamente al punto de máximo dolor. Este proceso se puede repetir hasta 7 veces, con intervalos semanales.

Si a la tercera infiltración el paciente está asintomático se debe parar el tratamiento, de la misma manera si no ha habido mejoría. Si en cambio la evolución es positiva, podemos seguir hasta 7 infiltraciones<sup>3</sup>.

#### *Microelectrólisis percutánea guiada (M.PG.)*

Este tratamiento funciona por electrólisis. Mediante una corriente eléctrica que pasaremos a través de una aguja en la región del neuroma que vamos a tratar, las sales del tejido intersticial combinadas con la humedad de la propia sustancia fundamental se convierte en “lejía orgánica” y es esta lejía la que provocará una destrucción del tejido y la respuesta inflamatoria necesaria para su reparación.

Toda materia viva está formada por unidades de construcción diminutas llamadas moléculas, que a su vez están formadas por átomos. En el agua, cada molécula está compuesta por dos átomos de hidrógeno y uno de oxígeno (H<sub>2</sub>O). Bajo la influencia de la MPG, estos átomos se dividen (se ionizan) en un ión de hidroxilo (OH) y un ión de hidrógeno (H). Los iones son inestables y como consecuencia tienden a recombinarse con otros iones. Al mismo tiempo que las moléculas de agua se descomponen, también lo hacen las moléculas de sal. Una molécula de sal (NaCl) se compone de un átomo de sodio (Na) y de un átomo de cloro (Cl) y durante la MPG simplemente se descomponen en un ión de sodio y un ión de cloruro<sup>8</sup>.

Todos los iones producidos durante la MPG tienden a reagruparse rápidamente. Observamos que los iones de cloruro se acoplan en pares estables (Cl<sub>2</sub>) para formar moléculas de gas de cloro. Análogamente los iones de hidrógeno se emparejan para formar gas hidrógeno (H<sub>2</sub>). Pero lo más importante, es que cada ión de sodio (Na) tiende a combinarse con un ión de hidroxilo (OH) para formar hidróxido de sodio (NaOH). Esta será nuestra herramienta terapéutica la “lejía orgánica” para el tratamiento de los neuromas<sup>8</sup>.

### Tratamiento quirúrgico

Cuando fracasan los tratamientos se debe optar por el tratamiento quirúrgico del Neuroma de Morton que se lleva a cabo mediante diversos procedimientos quirúrgicos, cirugía mínima invasiva combinada o no con métodos endoscópicos, o bien por cirugía abierta.

Cuando los hallazgos muestren la existencia de un Neuroma de Morton, en el que se ha producido la degeneración fibroneural del nervio digital afecto, cuyas dimensiones han sido determinadas por el diagnóstico por imagen, optaremos por técnicas quirúrgicas a campo abierto, cuyo procedimiento se basará en la neurectomía de la lesión nerviosa combinada con la liberación del ligamento intermetatarsal<sup>9</sup>.

Como toda intervención quirúrgica, deberemos informar al paciente de la técnica que le practicaremos, así como de hacerle firmar el consentimiento y aceptación del tratamiento por escrito. También se le darán las indicaciones pertinentes para antes y después de la intervención quirúrgica. El paciente deberá llevar una analítica completa y estar vacunado contra el tétanos.

En todas las técnicas que haremos, usaremos el bloqueo de tobillo como anestesia<sup>9</sup>.

### Técnicas de cirugía mínimamente invasiva

#### Técnica de liberación del ligamento intermetatarsiano transverso

Incisión en el espacio intermetatarsiano a nivel del cuello del 4º metatarsiano, en dirección de proximal a distal.

Se introduce la hoja del bisturí tras la incisión de 0,5 cm., apoyándose con la hoja sobre el cuello del cuarto metatarsiano, y se desliza a través de la cortical lateral. Se profundiza el bisturí y seccionamos el ligamento intermetatarsiano transverso, con lo cual se notará perfectamente debido a la resistencia producida<sup>10</sup>.

Suturamos con sutura de monofilamento 4.0 y se coloca un vendaje con venda autoadhesiva.

Después del proceso quirúrgico el paciente podrá deambular, siempre con las medidas de soporte necesarias y con zapato postquirúrgico.

Revisión del paciente a la semana para quitar los puntos y el vendaje.

Se aplicaran soportes plantares para una buena biomecánica.

#### Técnica EDIN (*Endoscopic decompression for intermetatarsal nerve entrapment*)

Esta técnica es igual que la técnica anterior, pero con una pequeña diferencia. Iniciaremos la

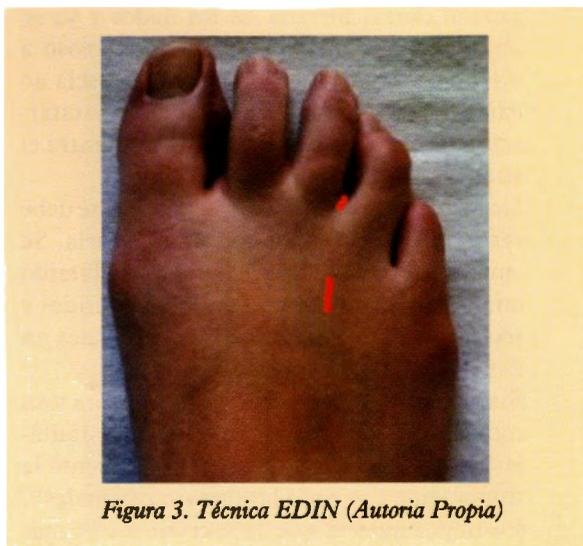


Figura 3. Técnica EDIN (Autoria Propia)

intervención de la misma manera, pero después de la primera incisión haremos otra incisión longitudinal de 0,5 cm. en el espacio interdigital (Figura 3) e insertaremos una cánula de 4 mm., que nos permitirá con exactitud identificar las estructuras y facilitará la sección del ligamento intermetatarsal transversal<sup>10</sup>.

El tratamiento postquirúrgico es el mismo que con la técnica de mínima incisión.

### Neurectomías mediante cirugía a campo abierto

Para la elección de la técnica más apropiada nos guiaremos por los hallazgos encontrados en la combinación clínica y la exploración tanto clínica como complementaria, por lo que deberemos tratar la etiología sintomatología para erradicarla produciendo siempre el menor traumatismo en el paciente.

#### Abordaje plantar.

- *Técnica de Nissen.* Incisión longitudinal plantar justo en la zona del espacio intermetatarsal correspondiente, se deben trabajar muchas estructuras antes de llegar al neuroma (tejido adiposo que es muy denso a este nivel, subcutáneo, que no se puede extirpar porque sirve de amortiguación y se debe conservar) se llega a fascia plantar, se separa los fascículos y ya nos encontramos con el neuroma<sup>11</sup>.

Se hace tracción externa y al seccionar el nervio se hace lo más distal posible de la zona tumoral. Primero se secciona las ramas proximales (Figura 4).

- *Técnica de Viladot.* Incisión transversal por encima de cabezas metatarsales y se hace

flexión dorsal forzada de los dedos y ya se harán prominentes. El paquete adiposo a este nivel tiene menor densidad, la fascia no existirá porque sólo llega a cabezas metatarsales. El nervio en su bifurcación, muestra el engrosamiento<sup>12</sup> (Figura 5).

Una vez llega a la rama o filete nervioso se debe reseccionar la tumoración o amputarla. Se sujeta el nervio (se disecciona si está adherido aunque suele estar asentado y no adherido) y seccionar los cabos proximales y distales en dependencia del punto de abordaje<sup>6</sup>.

Si el abordaje es Viladot tendrá apertura y en medio el filete, primero se secciona las digitales o distales y se traccionará distalmente la tumoración y se corta las ramas proximales<sup>13</sup>. Lo importante es que la sección sea lo más distal posible de la tumoración para que no se

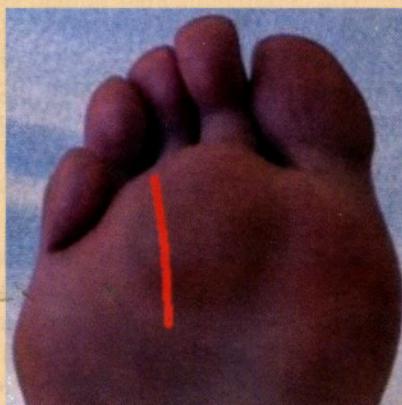


Figura 4. Técnica de Nissen (Autoría Propia)



Figura 5. Técnica de Viladot (Autoría Propia)

unan nuevamente las dos ramas con lo cual se produciría otra anastomosis que provocaría problemas en cuanto a la transmisión nerviosa. Tanto en la técnica de Nissen como en la técnica de Viladot, una vez seccionado el nervio, es importante que en cada filete de nervios seccionado o en cada zona de amputación, dejar una pequeña porción (sin infiltrar) dejando dos o tres gotas en la zona con corticoides porque al seccionar el filete nervioso se provoca reacción nerviosa con posible dolor. Posterior a la intervención quirúrgica durante un tiempo puede notar dolor (“miembro fantasma”) porque se ha seccionado ramas nerviosas y para evitar la inflamación nerviosa, por ello se aplica corticoide sin anestésico<sup>14</sup>. Se suturará, la fascia plantar no hace falta, si el tejido subcutáneo y dérmico (Intradérmica o externa). Si es sutura externa con 5.0 y puntos muy cercanos uno a otro para menor cicatriz (tanto en Nissen como Viladot). En Viladot sólo sutura subcutáneo y dérmica. Estas técnicas nos pueden ofrecer la posibilidad de poder estudiar los espacios vecinos si es necesario; por el contrario presentan desventajas la tardía deambulacion del paciente, así como la posibilidad de formación de cicatrices hipertróficas o queloides que provoquen metatarsalgias de transferencia<sup>14</sup>.

#### Abordaje dorsal

- *Técnica de Betts*. Incisión longitudinal dorsal sobre la zona del espacio correspondiente.

El primer corte se realizará con el vientre del bisturí y continuaremos con la punta, debe estar perpendicular al plano de la piel, se hace la incisión y nos encontraremos con la fascia (superficial que estará muy vascularizada y la profunda que estará menos) que se deben ir liberando y nos podemos encontrar más superficialmente el arco venoso superficial que puede estar más distal o proximal, se debe intentar respetarlo lateralizándolo lo más posible, si no se puede porque está en el centro de la incisión se debe cortar y ligar no cauterizar porque no es suficiente. Una vez ligados los cabos no va a sangrar, también más profundamente nos encontramos con la arteria pedia (Figura 6).

Los extensores no tienen por qué molestar porque se ha hecho incisión entre el centro del espacio y deben ir paralelos sobre el eje del metatarsiano pero a veces hay variaciones de las estructuras anatómicas como los dedos

en garra y los encontramos lateralizados a la incisión o en el lugar de ésta, en este caso, se lateralizan hacia el lateral de la incisión, no se cortarían.

Los lumbricales e interóseos se seccionarán. No encontramos con el ligamento intermetatarsal que también se va a seccionar una vez seccionado deberíamos encontrarnos con el neuroma correspondiente, se puede encontrar distalmente a la base de la diáfisis de las falanges proximales o debajo de la cabeza metatarsal (suele estar entre diáfisis y falanges proximales).

Se sujetará el neuroma y se secciona lo más distal posible al mismo (ramas aferentes y eferentes) es igual si primero se secciona las proximales o las distales, es común hacer primero las proximales y luego las distales, es importante sobretodo hacerlo lo más distal posible al neuroma para que no haya unión de cabos posterior que podría originar una nueva anastomosis y un neuroma de amputación<sup>15</sup>. A continuación se dejará pequeñas gotas de corticoide (2 o 3 gotas) sobre cada una de las secciones nerviosas para evitar que se forme el neuroma de amputación y evitar que se pueda tener el dolor de "miembro fantasma".

Luego se suturará subcutáneamente (también se puede suturar lumbricales e interóseos) y posteriormente sutura externa con puntos externos simples con vicril o seda según si se quiere dejar mayor o menor espacio de tiempo y puntos muy próximos.

A continuación vendaje y en éste es importante colocar gasas debajo de las cabezas metatarsales para reconstruir el arco anterior. Se le administrará analgésico siempre y es recomendable Antiinflamatorios (no antibióticos porque es una intervención limpia)

Deberá hacer 48 horas de reposo y posteriormente se mantiene el vendaje que reconstruye el arco anterior y se retira los puntos y se hará soporte plantar elevando el arco anterior transversal.

Uno de las posibles complicaciones es que vuelva a aparecer el dolor que podría originarse por el neuroma de amputación y pueden aparecer parestesias (por las ramas colaterales) a nivel del espacio digital correspondiente o puede quedar el paciente sin sensibilidad. También puede ser que en el momento de la intervención se observe una vez extirpado una hipertrofia del lateral de las cabezas metatar-

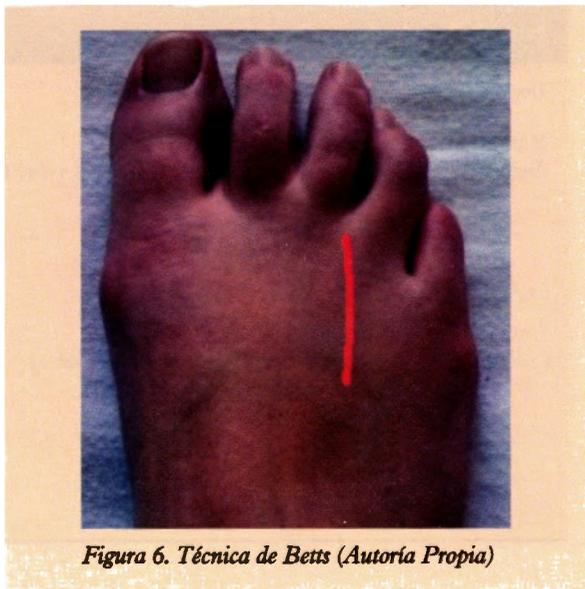


Figura 6. Técnica de Betts (Autoría Propia)

sales o que haya una luxación o subluxación de una de las dos articulaciones metatarsofalángicas, en este caso se debe trabajar la zona haciendo apertura de la cápsula articular, se disecciona y se hará liberación de tejido blando contralateral porque del lado del neuroma ya se ha realizado<sup>14</sup>.

La técnica más adecuada para el neuroma es la de Betts aunque es la más complicada porque debe abarcar más planos que la de Viladot, que será más sencilla pero el inconveniente es que puede haber retracción dérmica por la cicatriz.

## Resultados y discusión

Encontraremos este apartado en la Tabla 1.

## Conclusión

De acuerdo con los objetivos propuestos en este artículo, se expone que para alcanzar un diagnóstico preciso, se requerirá, una exploración correcta con las diferentes maniobras. Estas maniobras son muy importantes, ya que su clínica nos dará el diagnóstico. Tendremos en cuenta los avances en técnicas de diagnóstico de la imagen como la resonancia magnética o la ecografía para poder diagnosticar de manera certera.

Los primeros tratamientos que usaremos, serán los que sean más beneficiosos y menos incruentos

Tabla 1. Resultados y discusión

**Tratamientos**

Tratamientos Incruentos  
(Farmacológico, Ortopodológico, Infiltraciones y MPG)

Castillo López J. M. (2007)  
Mir Gil J. (2008)  
Leyda Pineda R. (2007)  
Iribaren A. (2009)  
Dalton McGamry (1992)  
Sanchez J. M. (2004)

Tratamiento Quirúrgico  
(Técnica Mínimamente Invasiva y Técnica abierta)

Aycart Vijuesca (2004)  
Nuñez- Samper-Pizarroso (2006)  
Viladot Pericé A. (1989)  
Dalton McGlamry (1992)  
Fanucci S. (1997)  
Izquierdo Cases J.O. (2006)  
Berts L. (1940)

para el paciente. Si el neuroma es consecuencia de una mala biomecánica o por presiones optaremos por los soportes plantares.

Si éstos no nos resuelven el problema optaremos por las infiltraciones, ya sea con corticoide, corticoide con anestésico o con alcohol deshidratado al 4%. Aplicaremos las pautas necesarias para lograr un buen resultado en el tratamiento.

En cuanto a los tratamientos quirúrgicos, las técnicas mínimamente invasivas, son las de primera elección, obteniendo mayor seguridad en su realización con el apoyo endoscópico, y de este modo obtener el mínimo trauma quirúrgico; facilitando

la recuperación funcional completa tras la liberación del nervio. Si esta cirugía no soluciona el problema, haremos una neurectomía, para quitar el nervio, con una cirugía de campo abierto, en este caso optaremos por abordaje dorsal ya que es el que nos dará menos problemas en el proceso de cicatrización evitando cicatrices hipertróficas y queloides, también evitamos tocar el tejido adiposo de las cabezas metatarsales.

Se debe tener en cuenta el tratamiento coadyuvante de la patomecánica del pie, por lo que los soportes plantares son parte fundamental del tratamiento.

**Bibliografía recomendada**

1. Guiloff RJ, Scandding JW, Kleneuman L. Morton's -metatarsalgia: clinical, electrophysiological and histological observations. *J Bone surg.* (1984):LXVI;586-91.
2. Castillo López JM, González Úbeda R, Reina Bueno M, Trujillo Pérez P, Pérez Conde FJ. Etiopatogenia mecánica y tratamiento ortopodológico del neurofibroma del tercer espacio (1ª Parte). *Revista Española de Podología.* 2007;4ª Epoca Vol. XVIII(2);74-8.
3. Mir Gil J, Pérez Sanmartin A, Córdoba Fernández A, Luque de la Jara L, Alba Delgado García F, Ruiz Garrido A. Infiltraciones de alcohol etílico en el tratamiento del neuroma de Morton. *Revista Española de Podología.* 2008;4ª Epoca. XIX (5):196-9.
4. Leyda Pineda R. Infiltración de cortisona, tratamiento para el neuroma de Morton. *Revista Española de Podología.* 2007;4ª Epoca. Vol XVIII (4):184-6.
5. Iribaren A. Técnicas de Infiltración. <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES>. 15-05-2009.
6. Dalton McGlamry E, Banks A, Downey M. *Comprehensive Textbook of Foot Surgery* (2nd Edition). USA: Williams & Wilkins, 1992; Vol. I:304-20.
7. Dockery GL. The treatment of intemetatarsal neuromas with 4% alcohol sclerosing infections. *J Foot and Ankle surgery.* 1999;38(6):403.
8. Sánchez JM. (19-05-2009). Nuevos avances en el tratamiento de neuromas dolorosos mediante

- microelectrólisis percutánea guiada (MPG). [www.efisioterapia.net](http://www.efisioterapia.net).
9. Pera C, Pera Blanco-Morales C, Pera Jiménez Cristóbal. *Cirugía: Fundamentos, indicaciones y opciones técnicas* (2ª Edición). Barcelona: Elsevier, 1996; Tomo 2.
  10. Aycart Vijuesca LV. Introducción a la técnica de la mínima incisión en podología. *Revista Española de Podología*. 1981;82:19-28.
  11. Núñez-Samper-Pizarroso M, Llanos Alcázar LF, Viladot Pericé R. *Técnicas quirúrgicas en cirugía del pie*. Barcelona: Masson, S.A., 2006;225-8.
  12. Viladot Pelicé A. *Quince lecciones sobre patología del pie*. Barcelona: Ediciones Toray, S. A., 1989; 185-8.
  13. Fanucci E, Masala S, Fabiano S, Perugia D, Squiallaci E, Simonetti G. Treatment of intermetatarsal Morton's neuroma with alcohol injection under US guide: 10-month follow-up. *Radiology*. 1997; 512-20.
  14. Izquierdo Cases JO. Podología quirúrgica. Barcelona: Elsevier, 2006.
  15. Betts LO. Morton's metatarsalgia: neuritis of the fourth digital nerve. *Med. J. Aust*, 1940;1:514-5.



**CALZADO SEÑORA-CABALLERO PARA: PLANTILLAS ORTOPÉDICAS  
ANCHOS ESPECIALES 10-11-12-13-14-16-18  
PIE DIABÉTICO**

**CALZADO PARA SU COMODIDAD, COMO HECHO A MEDIDA**

**EN LOS MEJORES ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS**

**SI DESEA INFORMACIÓN SOBRE NUESTROS PRODUCTOS Y PUNTOS DE VENTA**

**Tel: 971 514 082 - Fax: 971 519 011 - [www.miquelortopedics.com](http://www.miquelortopedics.com)**

**e-mail: [fabrica@miquelortopedics.com](mailto:fabrica@miquelortopedics.com)**