

TALALGIAS-FASCITIS SESAMOIDITIS

Antonio Oller Asensio

Podólogo, Barcelona. Profesor Escuela Universitaria de Podología.

El dolor en la cara plantar del pie constituye un problema multifacético que a veces puede ser una ocultación diagnóstica y un motivo de gran frustración e incomodidad para el paciente.

El tratamiento correcto de la Talalgia, la Plantalgia y/o la Sesamoiditis, depende de la obtención del diagnóstico más preciso realizable de modo que el tratamiento pueda dirigirse hacia un problema específico en lugar de intentar diversos tratamientos al azar.

Como en todo problema clínico, es importante obtener una detenida historia clínica del dolor. Es trascendental exponer conjuntamente con el paciente la forma, el inicio y la ubicación precisa del dolor, si se irradia o no, las actividades que lo desencadenan, y las que les ayudan a aminorar el dolor. Se debe realizar un estudio del calzado, modelo, desgaste, amplitud y la altura del tacón del zapato.

Es importante realizar el diagnóstico diferencial del dolor sobre todo en el talón que puede ser una exteriorización de otras patologías que generan controversia, como una afectación discal degenerativa, con una neuritis periférica, o bien puede asociarse con algunas enfermedades del colágeno como la artritis reumatoidea o el síndrome de Reiter.

ETIOLOGÍA GENERAL DEL TALÓN CON DOLOR PLANTAR

- 1.- Espolones Calcáneos.
- 2.- Fascitis plantar de origen en la aponeurosis plantar.
- 3.- Atrofia de la almohadilla de la grasa plantar.
- 4.- Enfermedad de «Sever».
- 5.- Causas neurológicas.
 - a) Ciática.
 - b) Síndrome del túnel tarsiano.
 - c) Neuritis del nervio plantar.
- 6.- Fracturas calcáneas.
 - a) Fracturas de esfuerzo del espolón calcáneo.
 - b) Fracturas de esfuerzo del cuerpo del calcáneo.
- 7.- Misceláneas.
 - a) Traumatismo de partes blan-

- das con o sin fractura.
- b) Almohadilla plantar inestable.
- c) Artritis generalizada.

ESPOLONES PLANTARES

Son espículas óseas localizadas generalmente en la tuberosidad plantar interna del calcáneo.

Son espículas óseas localizadas generalmente en la tuberosidad plantar interna del calcáneo.

En los casos de talalgia con asiento en el calcáneo, el hallazgo radiológico más frecuente es

el espolón del calcáneo, que no es más que una osificación localizada en la cara plantar o posterior del calcáneo.

CLÍNICA

Su tamaño y su forma son floridos y variados, sin que ello tenga relación con la sintomatología, ya que es posible encontrar espolones grandes en forma de espina de rosal totalmente indoloros, que se descubren casualmente mediante una radiografía solicitada por otro motivo, y al contrario, **tampoco es de extraño visitar enfermos con talalgias agudas en las que radiológicamente sólo aparece un pequeño espolón de rosal visible, o incluso es posible no encontrar una traducción radiológica en este primer momento**, apareciendo más adelante, una vez solucionada la talalgia, un espolón considerable. Otras veces el espolón es bilateral y la talalgia, solamente unilateral.

Estos hechos son de fácil comprensión, si se tiene en cuenta que se trata de una calcificación de la inserción de la aponeurosis y de la musculatura corta plantar y, como tal en sí misma es indolora, debiéndose el cuadro álgico a un proceso concomitante y no al espolón calcáneo. Por lo general, se trata en principio del inicio de una entesitis de inserción, se continúa con una tendinitis de la aponeurosis plantar, un proceso reumático, la gota o de un proceso mecánico, como, por ejemplo un pie valgo.

FASCITIS PLANTAR

El paciente afecto con una fascitis plantar puede manifestar dolor agudo o crónico, generalizado

en la planta del pie, frecuentemente en el área de origen de la aponeurosis plantar. A veces el dolor se inicia de forma súbita, brusca, cuando al paciente se levanta de la cama, después de estar muchas horas sentado en una silla o en un sofá, cuando el paciente da un mal paso o da un traspiés, también cuando participa en una actividad deportiva o gimnástica y a veces con un calzado no adecuado.

El dolor suele ser intenso y localizado, manifiesta el paciente, que este dolor se agrava con las actividades físicas. Estos pacientes a menudo sienten dolor al levantarse por la mañana y, al inicio de un período relativo de «**Calentamiento**», su intensidad disminuye paulatinamente. Después, se incrementa al estar de pie o al deambular durante un período prolongado y el dolor suele reaparecer.

SESAMOIDITIS

La sesamoiditis banal es la inflamación y la tumefacción de las estructuras peritendinosas de los sesamoideos. El sesamoideo interno o tibial resulta afectado con más frecuencia porque soporta la mayor proporción del peso que recibe la cabeza del primer metatarsiano.

La sesamoiditis puede deberse a causas locales como los traumatismos repetitivos, los pies pronados, los pies cavos con aumento de la fase helicoidal, las osteocondritis de los sesamoideos, las fracturas, la infección, o las necrosis avasculares, o bien puede ser una manifestación de una enfermedad sistémica como es la sífilis, la diabetes u otra neuropatía.

El tipo de traumatismo que habitualmente se asocia con la lesión de un sesamoideo es el saltar desde una altura determinada o el bailar en forma excesiva, y

en particular, el uso y el abuso de calzado, zapatos cortos, estrechos, con tacones muy altos o en presencia de un marco-sesamoideo hipertrófico y adelantado.

La morfología y/o el tipo de sesamoideo que generalmente es el más propenso a presentar esta sintomatología es aquel que está ubicado en una posición anterior, casi tocando el espacio articular.

SÍNTOMA

El inicio del dolor puede ser súbito o gradual, el dolor está asociado a la bipedestación o a la deambulación prolongada, al apoyo y a la transmisión del peso corporal que se transfiere sobre el pie y a su vez asociado con la dorsiflexión del primer dedo. En la exploración, los sesamoideos son dolorosos a la palpación y a la presión y a menudo existe edema y tumefacción debajo del rodete gleno-sesamoidal de la cabeza del primer metatarsiano y alrededor de ella.

EXPLORACIÓN

Una vez obtenida la historia clínica del dolor, es importante dirigir el interrogatorio para exponer conjuntamente con el paciente la forma, el inicio y la ubicación precisa del dolor. (Fig. 1)

Para la exploración se debe tener la precisión y la observación digital al igual que las tienen los

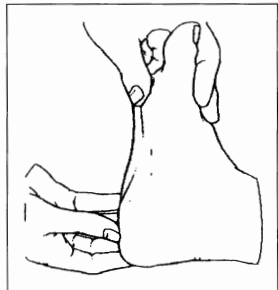


Fig. 1.

invidentes, es decir tener una sensibilidad indispensable para saber ver con los dedos, igual que nosotros vemos con los ojos. (Fig. 2).

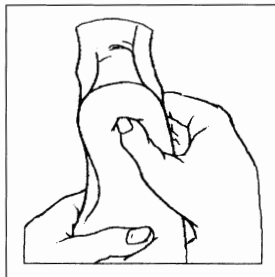


Fig. 2.

La exploración se debe hacer pautada basándose en unos principios básicos (Fig. 3):

- a) Posición de los pacientes.
- b) Mano estabilizadora.
- c) Mano exploratoria.

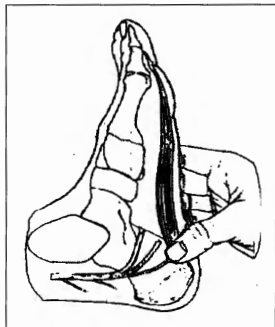


Fig. 3.

1.- Para realizar la exploración, la posición del paciente es fundamental, éste debe estar cómodo, bien situado y lo más relajado posible.

2.- La mano estabilizadora debe situarse en la zona más próxima a la sintomatología que el paciente manifiesta y a su vez realizar el movimiento que nos

ayuda para localizar el punto preciso del dolor. (Fig. 4)



Fig. 4.

3.- La mano exploratoria, debe ser ágil y suave, pero firme al situar el dedo o los dedos sobre el punto doloroso presionando con suavidad pero con firmeza, intentando acariciar profundamente con el pulpejo del dedo sobre la espícula del espolón plantar, sobre la fascia, o sobre el sesamoideo, etc... (Fig. 5).

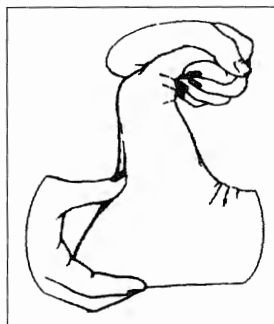


Fig. 5.

Sobre la zona algica hasta localizar el punto doloroso, ya que los pacientes generalmente suelen manifestar dolor generalizado en la planta del pie, y esporádicamente no saben concretar el punto exacto. (Fig. 6).

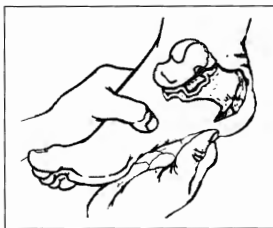


Fig. 6.

BIOMECÁNICA DE LA APONEUROSIS PLANTAR

HICKS en el año 1.954 describió un mecanismo que ayudaba a los músculos intrínsecos en la elevación y al aumento del arco longitudinal plantar. (Fig. 7).

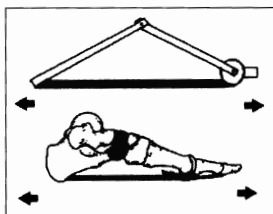


Fig. 7.

Como la aponeurosis plantar está insertada distalmente en las bases proximales de los dedos, o la flexión dorsal metatarso falángicas es causa de acortamiento relativo de la aponeurosis plantar. (Fig. 8).

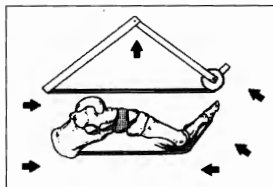


Fig. 8.

De este modo pasivamente se eleva el arco longitudinal. HICKS denominó a este mecanismo «ACCIÓN DE GRUA». Este me-

cánico puede demostrarse en un paciente sobre el podoscopio de pie. Al examinarlo ejercemos un movimiento de dorsoflexión del primer dedo. (Fig. 9)

Con esta maniobra el arco longitudinal se eleva.

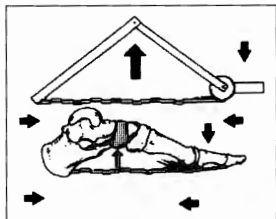


Fig. 9.

La biometría representada en este esquema al realizar la dorsoflexión de esta maqueta triangular con dos elementos y una cuerda sobre el extremo distal de la figura imaginaria con representación gráfica de un primer dedo. (Fig. 10).

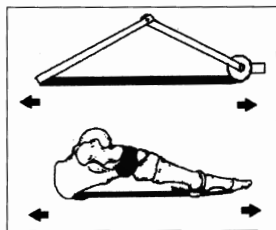


Fig. 10.

Si mantenemos elevada la cara plantar del cuboideo y el escafoides mediante un soporte y extendemos los dedos, mantenemos elevado el arco longitudinal y a su vez relajada la aponeurosis plantar. (Fig. 11).

Representación gráfica de un esquema imaginario sobre la patología del espolón del calcáneo del efecto y la acción grúa y una proyección lateral de un pie con un espolón inferior del calcáneo, así como la aponeurosis plantar.

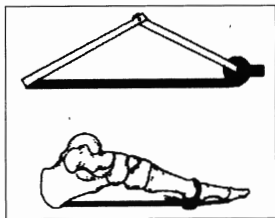


Fig. 11.

Tres proyecciones radiológicas laterales de un mismo pie realizando la maniobra de HICKS. (Fig. 12).

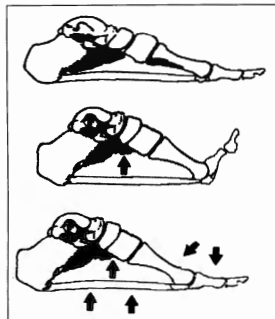


Fig. 12.

Esta maniobra es básica para las tres posibles patologías que estamos describiendo.

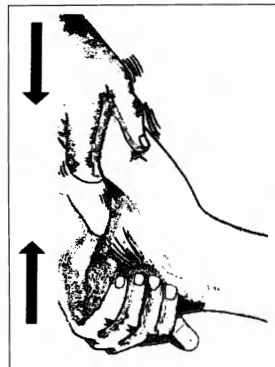


Fig. 13.

- 1.- Pie neutro con los dedos extendidos.
- 2.- Pie en flexión dorsal metatarso falángica, acción pseudo grua con arco longitudinal elevado.
- 3.- Pie con los dedos extendidos, en su posición inicial mantenemos el arco longitudinal plantar elevado.

Técnica personal para conseguir la relajación de la aponeurosis plantar y el efecto de la **acción pseudo grua, para el tratamiento del espolón del calcáneo, para la fasciitis plantar y para la patología de los sesamoideos.** (Fig. 13).

PRIMERA MANIOBRA

Paciente en decúbito supino, mantenemos y elevamos en talón con la mano estabilizadora, generalmente la misma mano que el pie. (Mano derecha pie derecho).

SEGUNDA MANIOBRA

La mano exploratoria sobre la zona metatarso-falángica ejerciendo una presión dígito-talar y con la mano estabilizadora, talo-digital, con una semiflexión plantar de la articulación cuneo-metatarsal, provocando una elevación del arco longitudinal de la bóveda plantar.

La mano exploratoria sobre la zona metatarso falángica ejerciendo una presión dígito-talar y con la mano estabilizadora, talo-digital, con una semiflexión plantar de la articulación cuneo-metatarsal, provocando una elevación del arco longitudinal de la bóveda plantar.

TERCERA MANIOBRA

Dorsiflexionar ligeramente y suavemente (unos 10 o 15°) la articulación metatarsofalángica para imprimir un movimiento dinámico al pie.

CUARTA MANIOBRA

Alinear, el antepié con el retropié evitando las aducciones de antepié y seguir además la metodología del molde normal.

El comportamiento de estos pies presentan dolor, contractura y limitación de la movilidad siendo los movimientos de apoyo antiálgicos y en ocasiones dolorosos con transferencias de las presiones.

El comportamiento de estos pies presentan dolor, contractura y limitación de la movilidad siendo los movimientos de apoyo antiálgicos y en ocasiones dolorosos con transferencias de las presiones.

Diseñaremos el tratamiento con unos objetivos biomecánicos planteándonos las premisas siguientes: Pretendemos y queremos estabilizar, neutralizar, distribuir, equilibrar, mantener, descargar, y es por lo que nos inclinamos frecuentemente por un tratamiento combinado.

OBTENCIÓN DEL MOLDE

Existen diversas técnicas para su obtención y dependiendo de la patología que presente el paciente elegiremos una u otra, ya que cada una de ellas presenta una serie de ventajas y a su vez inconvenientes.

Para la obtención del molde, la venda de yeso irá desde el dor-

so de los dedos, recorriendo toda la planta del pie, hasta la zona inframaleolar, donde realizaremos un doblez al final de la venda para estabilizar el molde. La venda o férula plantar tiene que abarcar toda la cara plantar, las cabezas metatarsales, el escafoides y apófisis estiloides.

Primero haremos una pincelación con un lápiz copiativo buscando y marcando los puntos dolorosos del pie, y en este caso, el espolón del calcáneo o los sesamoideos.

Seguidamente mojaremos la venda de yeso con suavidad, en agua tibia por toda la superficie de la venda, para que la distribución del yeso sea homogénea y evitar la pérdida del yeso escayola.

Posteriormente realizaremos un amasado suave de la venda de yeso, iniciando la adaptación de la venda por el dorso de los dedos siguiendo por la cara plantar remarcando e introduciéndola en la comisura digital y la zona de rodación metatarso falángica imitando una posición dinámica del pie. Es importante la buena adap-

Con la mano libre iremos aliando el yeso uniformemente y al mismo tiempo eliminaremos los posibles espacios de aire que hayan quedado entre la venda de yeso y el pie. Cuando se inicie el fraguado del yeso, se procederá a efectuar las correcciones que previamente hemos diseñado.

Una vez adaptado el soporte plantar sobre el molde con el material de elección, éste se apoya sobre la cara plantar del cuboides, parcialmente por debajo del sustentaculum tali, consiguiendo la relajación de la aponeurosis y la fascia plantar del pie.

El paciente debe estar relajado y no ofrecer resistencia. Alinearemos todo el miembro inferior, la línea de Helbing debe quedar neutra, evitando la posible desviación existente.

Una vez realizadas las correcciones mantendremos la posición hasta el total fraguado del yeso. La comprobación sobre una superficie plana comprobaremos que el molde sea estable para ello:

- El calcáneo debe estar en posición neutra.
- Con los niveles de agua comprobar que las cabezas metatarsales y la base del calcáneo deben de estar en el mismo plano.
- Los dedos alineados con las cabezas metatarsales.
- Una vez realizados los moldes de ambos pies, compararlos, para comprobar que los arcos

están a un mismo nivel si no existen asimetrías.

- Estabilizaremos el molde del pie, nivelando las aletas posteriores y la anterior para que quede estable y poder posteriormente adaptar el soporte plantar sin dificultad.

Una vez adaptado el soporte plantar sobre el molde con el material de elección, éste se apoya sobre la cara plantar del cuboides, parcialmente por debajo del sustentaculum tali, consiguiendo la relajación de la aponeurosis y la fascia plantar del pie. (Fig. 14).

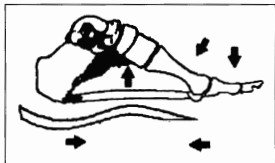


Fig. 14.

Sabiendo que el espolón del calcáneo ni por su morfología ni por su tamaño duele, por lo general, y lo más frecuente, es lo más corriente con esta técnica. (Fig. 15)

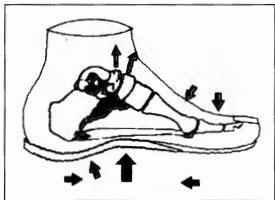


Fig. 15.

No hace falta ninguna ortesis de descarga por debajo del talón. (Herradura, oquedad o cuña). Si se acompaña de patología distal se puede acompañar con un alargado metatarsal.

El diseño del soporte plantar para una sesamoiditis, la misma técnica del molde, adaptación del soporte plantar manteniendo equilibrado el primer radio con el

El paciente debe estar relajado y no ofrecer resistencia. Alinearemos todo el miembro inferior, la línea de Helbing debe quedar neutra, evitando la posible desviación existente.

tación ya que nos basaremos en esta adaptación para efectuar las descargas en la zona del talón, la planta del pie o la zona gleno-sesamoidal, la adaptación será de distal a proximal, hasta la cara posterior del calcáneo. Debe quedar bien centrada, adaptada y uniforme.

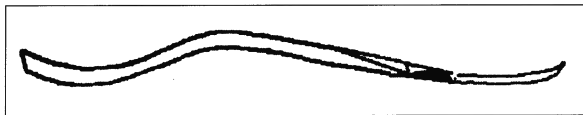


Fig. 16.

material seleccionado, se adhiere un alargo metatarsal y fresamos plantarmente por debajo del rodete gleno-sesamoidal, sin que llegue a traspasar. (Fig. 16).

Es importantísimo esta observación y no hacer una oquedad, ya que si la hacemos podemos provocar un edema de ventana y el tratamiento no sería efectivo. La flecha marca el punto de sujeción del primer radio. (Fig. 17).

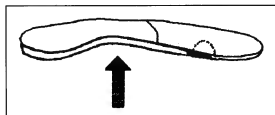


Fig. 17.

Vista lateral y diagonal del soporte plantar con el alargo metatarsal digital, con el fresado por debajo del rodete gleno-sesamoidal. (Fig. 18).

Es importantísimo esta observación y no hacer una oquedad, ya que si la hacemos podemos provocar un edema de ventana y el tratamiento no sería efectivo. La flecha marca el punto de sujeción del primer radio.

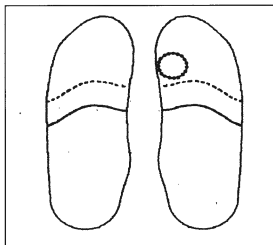


Fig. 18.

Vista dorso-plantar del soporte plantar con el alargo metatarsal. En el alargo del antepie derecho aparece un punteado el fresado **no una oquedad**, realizada por debajo por donde apoya el rodete gleno-sesamoidal.

Una vez realizada la maniobra de corrección con la técnica de relajación explicada anteriormente, diseñamos el tratamiento para un paciente con sesamoiditis. (Fig. 19).

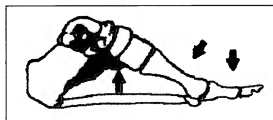


Fig. 19.

Una vez realizada la maniobra de elevación y de relajación de la aponeurosis plantar, mantenemos el primer radio, adaptando el so-

porte plantar con el alargo y la depresión plantar con el fresado por debajo de los sesamoideos. (Fig. 20).

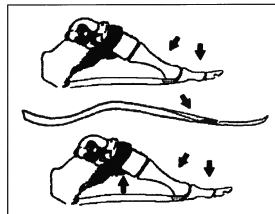


Fig. 20.

Vista dorso-plantar del soporte plantar con el alargo metatarsal. En el alargo del antepie derecho aparece un punteado el fresado no una oquedad, realizada por debajo por donde apoya el rodete gleno-sesamoidal.

Pie con la elevación el efecto pseudogrua, soporte plantar con alargo fresado en la cara plantar. (Fig. 21)

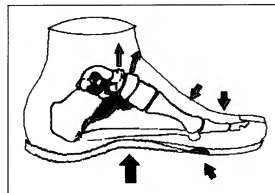


Fig. 21.

BIBLIOGRAFÍA

- A. VILADOT Y COLABS. **Quince lecciones sobre patología del pie**. Ediciones Toray, S.A. ,1989 Barcelona.
- DUVRIES / INMAN. **Cirugía del pie MANN**. Ed. Panamericana, 5ª Edición, 1987.
- OLLER ASENSIO ANTONIO. **Clínica Podológica Integrada**. Cursos 1993-1995.