

# TRATAMIENTO COMBINADO DE LA FASCITIS PLANTAR. VENDAJE FUNCIONAL + SOPORTE PLANTAR

\*MATAS MONTANE, Rosa María  
VAZQUEZ AMELLA, F. Xavier

## INTRODUCCION.

Podemos definir la fascitis plantar como la inflamación del origen de la fascia plantar a nivel de la tuberosidad interna del calcáneo. La molestia principal que presenta es el dolor y la hipersensibilidad debajo de la porción anterior del talón, que frecuentemente se irradia a la planta del pie. Aparece frecuentemente en deportistas, principalmente aquellos que presentan marcha con pronación acentuada.

Puede acompañarse con la presencia de un espolón de calcáneo que en ningún caso es la causa del dolor. Los factores etiologicos que más frecuentemente provocan esta lesión son:

- El pie plano, porque la pronación del pie es la causa de un estiramiento crónico sobre la fascia plantar, produciendo su irritación.

- El pie cavo, ya que, a consecuencia del acortamiento del sistema calcáneo-aquileo-plantar, la tuberosidad posterointerna sufre tracción continua.

- Los impulsos repetidos y bruscos de los deportistas, que fatigan el sistema calcáneo-aquileo-plantar.

El espolón es una prominencia ósea que surge en un punto de origen de la aponeurosis plantar, en el calcáneo. Suele extenderse en forma transversal por toda la cara plantar de dicho hueso, y se le considera un fenómeno de osificación y calcificación resultantes de la tracción que ejerce la aponeurosis sobre el periostio, y usualmente es indolora.

La mioaponeurosis plantar de inserción, denominada también talalgia plantar común o síndrome de la espina del calcáneo. El principal protagonista de este conflicto es:

- La aponeurosis media, para Lelièvre y Denis.
- El abductor del dedo gordo, para la Escuela de Toulouse.
- La parte interna del cuadrado carnoso de Sylvius.
- El abductor del quinto dedo.
- El tabique intermuscular interno.

### Los factores favorecedores son:

- El pie plano, porque se aplasta más allá de los límites de elasticidad de las partes blandas plantares que convergen de la tuberosidad posterointerna.

- El pie cavo; la tuberosidad posterointerna sufre tensión-tracción sin relajamiento a consecuencia del acortamiento del sistema suro-aquileo-calcáneo plantar.

- La carrera en pronación.

- Los impulsos repetidos y bruscos (saltador, bailarín) que someten a una prueba dura al primer radio, el abductor del dedo gordo fija en el suelo la extremidad anterior del primer radio durante la impulsión, mientras que se encuentra estirado por la separación de su anclaje talar.

El atleta se queja de dolores subtalares que aparecen en el apoyo con una impresión de clavo penetrante en el talón, favorecida al subir escaleras, y que puede ser de intensidad variable.

El examen clínico permite localizar un dolor preciso bajo el tubérculo posterointerno del calcáneo y eliminar una bursitis subcalcánea, un atrapamiento del nervio calcáneo, una fractura por fatiga y una talalgia reumática. La radiografía, a menudo normal, puede mostrar la espina calcánea como prueba de las tracciones excesivas que se ejercen sobre el periostio de la tuberosidad posterointerna del calcáneo.

La ecografía permite eliminar una bursitis, pero objetiva mal el síndrome lesional; por el contrario, la RMN muestra que las lesiones degenerativas se asientan a nivel de la aponeurosis plantar media superficial.

## EXPLORACION.

El examen clínico mediante la palpación permite identificar un punto de hiperalgesia profunda en el borde anterior del calcáneo, punto de origen de la aponeurosis plantar. El dolor a la palpación aumentara al tensar la fascia mediante una dorsiflexión de los dedos, por el contrario una tracción de los mismos permitirá relajarla, disminuyendo el dolor.

La dinámica frecuentemente aparece en pronación, es por ello que el tratamiento a base de infiltraciones de esteroides no es recomendable, ya que representa solamente un tratamiento de los efectos inflamatorios de la pronación y puede ser causa de degeneración hística en el origen de la fascia plantar.

\**PODOLOGOS.* - Profesores de la Escuela de Podología de la Universidad de Barcelona. Conferencia presentada al XXVII Congreso Nacional de Podología (Jerez, octubre de 1996).  
CORRESPONDENCIA: Pza. Ignasi Barraquer, 6, 7º, 3ª - 08029 BARCELONA.



## TRATAMIENTO.

El tratamiento tendrá como objetivo la relajación de la fascia plantar, por ello están indicados:

- Fisioterapia, mediante masajes de fricción transversos y profundos.
- Antiinflamatorios.
- Tratamiento ortopodológico.
- Vendaje funcional.

Basamos nuestra propuesta de tratamiento en la aplicación de un tratamiento ortopodológico y de vendaje funcional.

Para ello confeccionamos el molde en carga, mediante espumas fenolicas, que nos permitirán adecuar mas la morfología del pie a su actuación en dinámica. O bien realizaremos un molde en decúbito supino remarcando a nivel de la inserción de la fascia. También puede hacerse el molde en decúbito prono.

Los materiales utilizados en la confección del soporte plantar son:(Fig. 1).

- Pelite de 2mm.
- Termo HK
- Globus semiduro de 6 mm
- Globus o Foam duro.

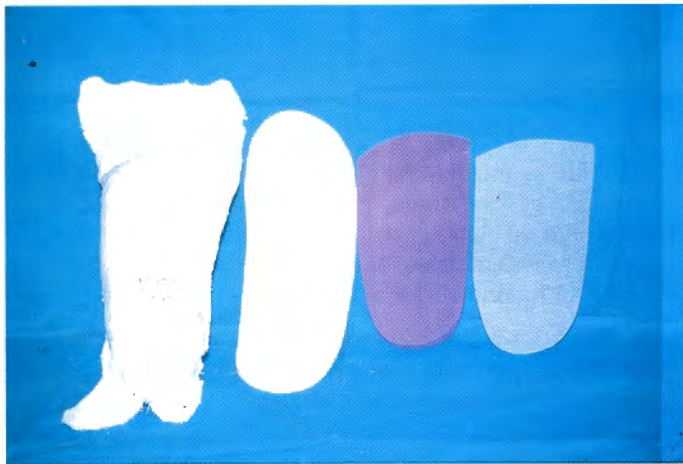


Fig. 1

## METODOLOGIA DE CONFECCION.

Adaptamos los materiales mediante aplicación de vacío. En primer lugar colocamos el pelite de 2 mm sin calentar de forma que quede bien centrado sobre el molde (Fig. 2).

Posteriormente aplicamos el termo HK previamente calentado de forma que al aplicar el vacío quedara adaptado al molde al mismo tiempo que transmitirá el calor al pelite, obteniendo así una perfecta adaptación de ambos materiales.

Aplicaremos cola de impacto sobre el termo HK.

Una vez la cola de impacto se haya secado, proce-



Fig. 2

deremos a aplicar el globus que abarcara todo el perímetro del pie y tendrá como longitud hasta las articulaciones metatarso falangicas.

Por ultimo reforzaremos con globus o foam duro las zonas del soporte plantar sometidas a mayor presión o aquellas zonas en las que, por la patología que presente el pie, queramos aumentar la corrección.

El pulido es el apartado con mayor importancia en este tipo de soporte plantar ya que deberá dotar al mismo de la estabilidad y del efecto terapéutico corrector, para ello deberá pulirse el contorno, hasta permitir la correcta adaptación del soporte al calzado y la base, dando una uniformidad a la misma y dejando mayor grosor a nivel de los arcos longitudinales o de las zonas que precisan mayor corrección (Fig. 3).

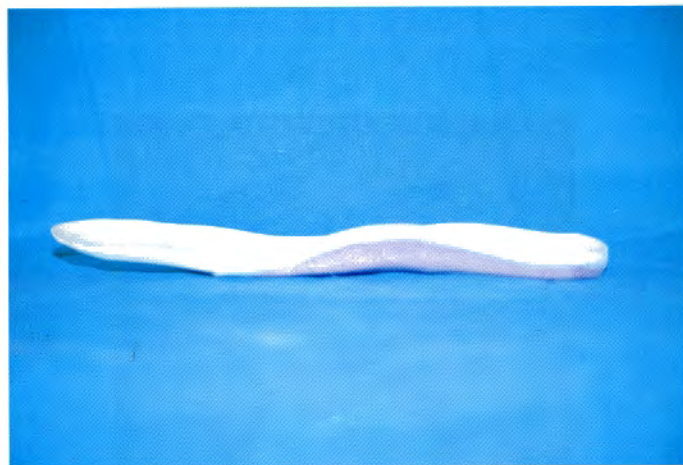


Fig. 3

## VENDAJE FUNCIONAL.

La utilización del vendaje funcional va destinada a permitir la práctica deportiva a pesar de la presencia de esta lesión ligamentosa o para prevenir la aparición de la misma. El principal objetivo de este tipo de vendaje es la inmovilización selectiva y relativa de la fascia plantar debiendo conseguir disminuir las sollicitaciones impuestas a las estructuras biológicas interesadas en la lesión, contribuyendo a una acción antiálgica.



El vendaje empieza con la colocación de los anclajes, que son la base donde irán a parar todas las tiras activas.

Estos anclajes se hallan, uno a nivel de la articulación metatarso-falángica rodeándola, y otro que rodea el perímetro del pie partiendo y terminando en el primero(Fig. 4).



Fig. 4

A continuación procederemos a la colocación de las tiras activas que en numero de cuatro y previamente montadas en forma de abanico, seguirán el recorrido de la fascia plantar, insertándose en los anclajes.(Fig. 5).

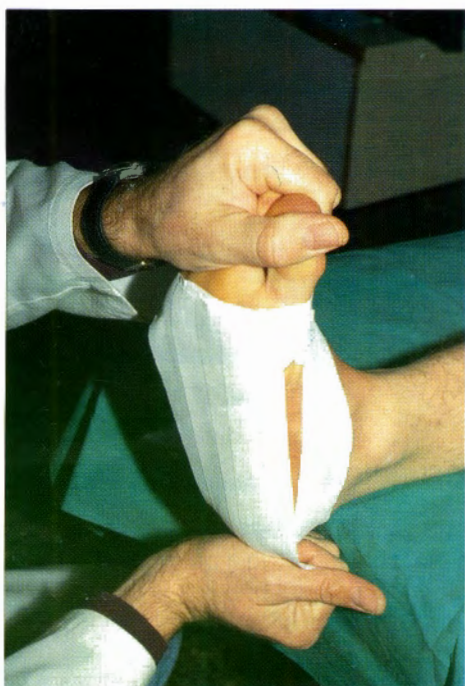


Fig. 5

Seguidamente procederemos a la colocación de tiras transversales superpuestas la una a la mitad de la anterior, a lo largo de toda la planta del pie(Fig. 6).



Fig. 6

Terminaremos el vendaje reforzándolo con tiras dorsales a nivel de antepie y una tira a nivel sub-maleolar.

## CONCLUSIONES.

Hemos realizado un estudio de unos 100 pacientes con fascitis plantar que presentaban dolor e inflamación de la aponeurosis plantar.

Hemos incluido en el tratamiento ortopodológico tradicional, la aplicación de un vendaje funcional para fascitis plantar que se realiza en la misma primera visita y que el paciente llevará durante los ocho primeros días hasta que el soporte se ha confeccionado.

Ha quedado demostrado que existe una mejoría inmediata a nivel de la fascia plantar con el uso del vendaje, hasta el uso del tratamiento definitivo.

## ESTADISTICA



Fig. 7

## FASCITIS PLANTAR ADOLESCENTES

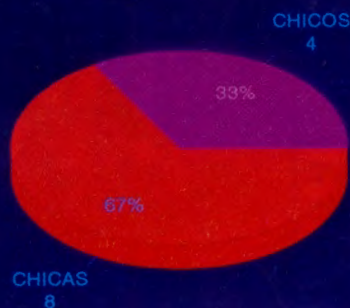


Fig. 8

## FASCITIS PLANTAR RESULTADOS

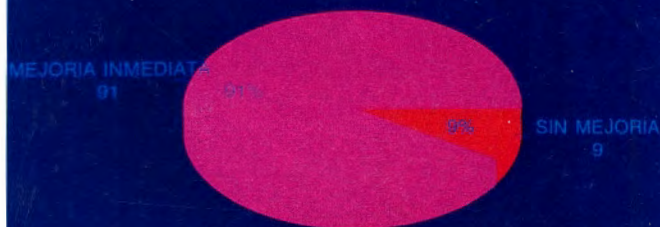


Fig. 10

## FASCITIS PLANTAR APARICION DE ESPOLONES

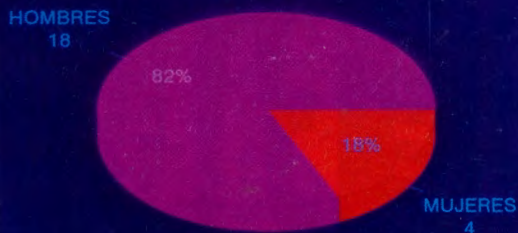


Fig. 9

## BIBLIOGRAFIA

- HOPENFIELD, S. (1979) "Exploración física de la columna vertical y extremidades". Ed. El manual moderno.
- HUGUES, S. (1990) "Ortopedia y traumatología". Ed. Salvat 4ª ed.
- HUNT, G.C. (1990) "Fisioterapia del pie y tobillo". Ed. Jims.
- LEWY, L.A.; Hetherington, V.J. (1990) "Principes and practice of podiatric medicine". Ed. Churchill Livingstone.
- LOPEZ-DURAN, L. (1987) "Patología quirúrgica. Traumatología y ortopedia III". Ed. Luzan 5.
- NEIGER, H. (1990) "Los vendajes funcionales". Ed. Masson.
- J. CLAUSTRE, C. BÉNÉZIS ET L. SIMON (1984) "Le pied en pratique sportive". Ed. Masson.