HOSPITAL DA COSTA
BURELA (Lugo)

DOLOR EN RETROPIE (TALALGIAS)

I. DEFINICION.

II. FORMAS CLÍNICAS.

III. PRUEBAS DIAGNOSTICAS.

IV. ¿Qué TRATAMIENTOS EMPLEAR?

V. ALGORITMO DE MANEJO.

VI. ANEXOS:

a. Estiramientos.

b. Ejercicios plantares.

VII. REFERENCIAS.

HOSPITAL DA COSTA
BURELA (Lugo)

DOLOR EN RETROPIE (TALALGIAS)

I. DEFINICIÓN:

Entendemos por talalgia la localización de dolor a nivel de la región posterior del pie. El talón constituye la parte posterior del pie y se corresponde anatómicamente con el calcáneo y las partes blandas que lo envuelven.

Los factores mecánicos son responsables de la gran mayoría de los casos, y su origen en ocasiones múltiple: desde un problema local que puede ser una fascitis plantar a un problema sistémico como puede ser el inicio de una espondilitis anquilopoyética.

Constituyen después de las metatarsalgias la causa más frecuente de dolor en los pies. Podemos dividir tres grandes grupos:

a. Afección del esqueleto del talón. - Fracturas de calcáneo. - Fracturas de astrágalo. - Osteomielitis. - Artritis séptica.
b. Afecciones de partes blandas: - Fascitis plantar/espolón calcáneo. - Bursitis. - Aquileitis. - Atrofia de la almohadilla grasa. - Inflamación de la almohadilla grasa. - Síndrome del seno del tarso. - Síndrome del canal tarsiano.
c. Afecciones osteoarticulares inflamatorias. - E. Anquilosante. - Reiter

En la guía propuesta prestaremos especial atención a las afecciones de partes blandas debido a que su manejo puede realizarse en atención primaria. Debemos de recordar que más del 90% de estos procesos no requieren tratamiento quirúrgico.

HOSPITAL DA COSTA
BURELA (Lugo)

DOLOR EN RETROPIE (TALALGIAS)

II. FORMAS CLINICAS:

1. Fascitis plantar/espolón calcáneo. Se presenta habitualmente en pacientes entre los 40 y 60 años. Importante relación con la obesidad y la ganancia reciente de peso. De inicio gradual, más agudo al comenzar a caminar por las mañanas, con alivio progresivo a lo largo del día.

   El dolor se halla localizado en la zona central y medial de la inserción de la planta, y típicamente aumenta a la palpación.

2. "Tendinitis" aquilea. Rara vez es de causa inflamatoria y suele relacionarse con traumatismos y tensiones repetidas. En su aparición influyen las alteraciones anatómicas previas del paciente (pie valgo, varo, cavo, aquiles corto) y el tipo de calzado. La clínica es progresiva, cuando no es así y el inicio es brusco debemos sospechar una rotura del aquiles parcial o total. El dolor incrementa al caminar en puntillas.

   La palpación del aquiles permite apreciar en ocasiones un engrosamiento si se compara con el contrateral y dolor.

3. Síndrome del seno del tarso. Caracterizado por dolor de tipo difuso en la cara lateral del pie, suele existir habitualmente un traumatismo reciente (semanas o meses) de intensidad variable (frecuentemente tras un esguince de tobillo).

   A la palpación es diagnóstico el dolor que aumenta en el orificio del seno del tarso.

4. Síndrome del tunel tarsiano. Equiparable al STC en miembros superiores aunque su frecuencia es infinitamente más baja. Clínicamente se caracteriza por un dolor urente y parestesias en forma de hormigueo, pinchazos e impresión de quemadura.

   A la exploración la percusión del nervio tibial posterior en la zona retromaleolar interna puede desencadenar sensación de "corriente".

5. Tenosinovitis. Los tendones tibial posterior, peroneo y Aquiles son los que se encuentran con mayor frecuencia. La clínica está caracterizada por el dolor, que aumenta a la tracción pasiva y la contracción activa

contrarresistencia. La clínica y la exploración suelen ser suficientes para su diagnóstico.

6. Bursitis.

a. Retroaquílea. Suele deberse generalmente a acción de roce por el zapato (mecánica). A la inspección se aprecia tumefacción local.

b. Retrocalcánea. Tumefacción por detrás del calcáneo, suele asociarse a tendinitis aquílea. Puede asociarse a reumatismos inflamatorios (AR, EA,…)

c. Subcalcánea. Puede coexistir con una fascitis plantar. La obesidad es un factor predisponerte.

HOSPITAL DA COSTA
BURELA (Lugo)

DOLOR EN RETROPIE (TALALGIAS)

III. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.

En las talalgias el diagnóstico habitualmente se basa en la historia, la exploración y los estudidos radiográficos.

a. La historia. El dolor es el síntoma princeps:

- Investigar su naturaleza, mecánico (en relación con la actividad), o inflamatorio (constante). Un paciente joven con afectación bilateral y dolores ocasionales en raquis lumbar habrá que descartar patología inflamatoria de base: espondilitis anquilosante, Reiter,...
- Su localización. De manera resumida podemos clasificar en:

  Medial, en las tenosinovitis del tibial posterior o en el Sdr. del seno del tarso.

  Lateral, en las tenosinovitis y /o luxaciones de los tendones perineos.

  Posterior y plantar, típico de las alteraciones del sistema aquíleo-calcáneo-plantar.

b. El estudio radiológico, es necesario para descartar las afecciones osteoarticulares. Permite valorar el estado de las articulaciones subastragalina, la existencia de lesiones óseas que pueden justificar la clínica. Las afecciones de partes blandas aunque no valorables directamente, existen datos que sugieren su existencia: el espolón calcáneo se presenta aproximadamente en el 50% de las fascitis plantares y es un fenómeno secundario y no el origen del dolor. Sucede otro hecho similar con los espolones calcáneos posteriores.

c. Ecografía. Por su situación y tamaño el aquiles es la estructura con mayor facilidad para su estudio, resulta de utilidad para realizar el diagnóstico diferencial entre patología como son las bursitis retroaquileas y las tendinopatías aquíleas. Las tenosinovitis de otras regiones del pie son también correctamente valoradas, permitiendo realizar punciones, diagnosticas o terapeúticas guiadas. En manos expertas y con equipo y sondas adecuadas los estudios ecográficos tienen una fiabilidad cercana al 100%.

d. Los estudios de laboratorio

e. TAC . Como complemento al estudio radiográfico simple.

f. RMN. Su utilidad reside en su capacidad de detectar lesiones infiltrantes en una fase temprana, ello no es excusa para que el primer estudio que debemos realizar ha de ser siempre un estudio radiográfico simple.

g. Gammagrafía. De utilidad como complemento de los estudios simples resulta útil en aquellos pacientes con patología inflamatoria, infecciosa y/o tumoral y estudios clínicos y radiográficos no evidentes, ni concluyentes.

h. Estudios electromiográficos . En el pie como confirmación de neuropatía por atropamiento del nervio tibial posterior (STT).

HOSPITAL DA COSTA
BURELA (Lugo)

DOLOR EN RETROPIE (TALALGIAS)

IV. ¿QUÉ TRATAMIENTOS EMPLEAR?

1. Reposo relativo. Utilizando el dolor como guía ha de ser el imprescindible, en ocasiones la disminución de la actividad o el ejercicio es útil.
2. Reducción de peso. La incidencia y severidad de las talalgias parece correlacionarse con la presencia de obesidad, su tratamiento ayuda a eliminar uno de los principales factores de riesgo para las patologías del sistema aquíleo-calcaneo-plantar.
3. Hielo. Como antiinflamatorio local ha de emplearse en sesiones de 15-20 minutos especialmente después del ejercicio, con masajes circulares. Util en las afecciónes posteriores e inferiores del retropie.
4. Calzado. Constituye un importante pilar para la eliminación de factores predisponentes; usar zapatos con suela de goma, cómodos en el retropie (talón) y con contrafuerte en la zona del talón. Los zapatos deportivos constituyen el calzado ideal en muchos de los casos.
5. Taloneras. Existen trabajos randomizados que demuestran su utilidad en las afecciones del sistema aquíleo-calcáneo-plantar, solas o asociadas a otros tratamientos, especialmente asociadas a infiltraciones de esteroides.
6. AINEs. Deberán emplearse en las fases agudas, constituyen el tratamiento sintomático, no el fisiopatológico. Máximo 6-8 semanas. No existen estudios que demuestren la mayor utilidad de unos sobre otros, si bien es cierto que en los procesos con posible etiología reumatológica la indometacina es el AINE más indicado.
7. Analgésicos. Complemento del tratamiento sintomático.
8. Ejercicios de estiramiento. Destinados a elongar el sistema aquíleo-calcáneo-plantar, y la musculatura intrínseca del pie. Producen una mejoría superior a otros tratamientos por abordar la base de la etiología de los procesos que afectan el sistema aquíleo-calcáneo-plantar. Anexo
9. Férulas nocturnas. Constituyen también un tratamiento de segunda línea. Se han empleado como tratamiento coadyuvante en fascitis plantares recalcitrantes, con resultados variables según diversos estudios. Existen trabajos que sugieren su utilidad en talalgias por fascitis plantar de más de

HOSPITAL DA COSTA
BURELA (Lugo)

6 meses de evolución. Las férulas mantienen el tobillo a 90º, pretendiendo mantener la fascia plantar elongada.

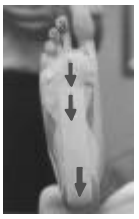
10. Infiltraciones de esteroides. A pesar de su uso extendido, no existen trabajos correctamente diseñados que den evidencia de su eficacia, aunque sí numerosos estudios clínicos (sobre todo en la fascitis plantar), comparados con otros tratamientos empleados en las talalgias que así lo sugieren. Son también de utilidad en las bursitis, sobre todo retroaquíleas, en las tendinopatías con control de la actividad en las semanas posteriores a la infiltración para disminuir el riesgo de rotura, y en el síndrome del seno del tarso donde constituyen una buena arma terapeútica. Debemos emplearlo como un tratamiento de segunda línea, cuando no existe mejoría tras realizar las medidas conservadoras citadas.
11. Ejercicios de musculatura plantar. La realización de agarre con los dedos del pie favorece su potenciación, son especialmente útiles en pacientes con algún factor de riesgo que pueda desencadenar talalgias de repetición.

12. Tapping. La aplicación de tiras de esparadrapo en la fascia plantar puede ser efectivo en las fases agudas y en la practica deportiva. La aplicación de tiras de esparadrapo en toda la longitud de la fascia plantar puede ser eficaz. El uso de vendajes funcionales para la práctica deportiva es un hecho habitual entre deportistas de élite.

VENDAJE FUNCIONAL

PLANTAR

- Esparadrapo 3,8.
- Pie a 90º.
- Spray.



13. Ultrasonidos, laserterapia, no han demostrado su utilidad.

HOSPITAL DA COSTA
BURELA (Lugo)

DOLOR EN RETROPIE (TALALGIAS)

MODALIDAD DE TTO	FASCITIS PLANTAR		AQUILEITIS		SST	
	EFICACIA	EVIDENCIA	EFICACIA	EVIDENCIA	EFICACIA	EVIDENCIA
Reposo relativo	¿?	Nula	SI	Limitada	¿?	Nula
Ejercicio de estiramiento	SI	Importante	SI	Importante		
Analgésicos	SI (fase aguda)	Limitada	SI	Limitada	SI	Limitada
AINEs	SI	Limitada	SI	Limitada	SI	Limitada
Calzado	SI	Limitada	SI	Limitada	¿?	Nula
Férulas nocturnas	SI	Limitada	¿?	Nula		
Crioterapia	SI	Limitada	SI	Limitada		
Infiltraciones locales	SI	Importante	SI	Limitada	SI	Limitada
Taloneras	SI	Importante	NO	Nula		
Acupuntura	NO	Limitada	NO	Nula	¿?	Nula
Reducción de peso	SI	Limitada	SI	Limitada	¿?	Nula
Ultrasonidos	NO	Importante	¿?	Nula	¿?	Nula
Laserterapia	NO	Importante	¿?	Nula	¿?	Nula
Tapping	¿?	Nula	SI	Nula		

¿?: se desconoce su utilidad, aunque se empleen en la práctica diaria.

Evidencia:

- Nula; no existen estudios válidos según MBE.
- Limitada; existen estudios pero de baja calidad según MBE.

Importante; existen estudios de calidad según MBE.

HOSPITAL DA COSTA
BURELA (Lugo)

DOLOR EN RETROPIE (TALALGIAS)

MODALIDAD DE TTO	STT		TENOSINOVITIS		BURSITIS	
	EFICACIA	EVIDENCIA	EFICACIA	EVIDENCIA	EFICACIA	EVIDENCIA
Reposo relativo	SI	Limitada	SI	Importante	¿?	Nula
Ejercicio de estiramiento			SI (tras la f. aguda)	Limitada		
Analgésicos	SI	Limitada	SI	Limitada	SI	Limitada
AINEs	SI	Limitada	SI	Importante	SI	Limitada
Calzado	SI	Limitada	SI	Limitada	SI	Importante
Férulas nocturnas						
Crioterapia			SI	Limitada	SI	Limitada
Infiltraciones locales	SI	Limitada	SI	Importante	SI	Limitada
Taloneras						
Acupuntura						
Reducción de peso	SI	Nula	SI	Limitada		
Ultrasonidos			¿?	Nula	¿?	Nula
Laserterapia			¿?	Nula	¿?	Nula
Tapping			SI	Nula		

¿?: se desconoce su utilidad, aunque se empleen en la práctica diaria.

Evidencia:

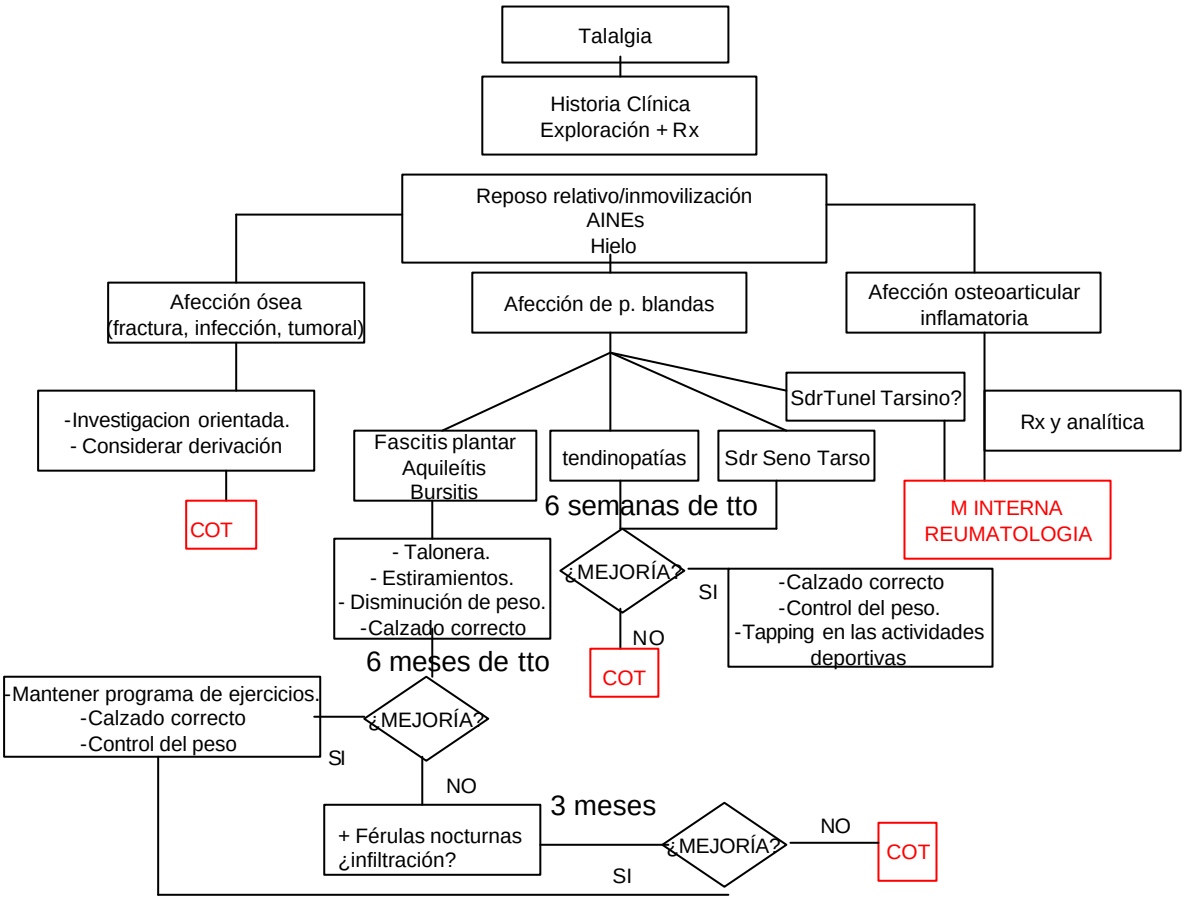
- Nula; no existen estudios válidos según MBE.
- Limitada; existen estudios pero de baja calidad según MBE.

Importante; existen estudios de calidad según MBE.

HOSPITAL DA COSTA
BURELA (Lugo)

DOLOR EN RETROPIE (TALALGIAS)

V. ALGORITMO DE MANEJO



HOSPITAL DA COSTA
BURELA (Lugo)

DOLOR EN RETROPIE (TALALGIAS)

ANEXOS

1. ESTIRAMIENTOS DEL SISTEMA AQUILEO-CALCANEO-PLANTAR

Posición de partida:

Con las manos apoyadas en la pared y con el tronco ligeramente inclinado hacia delante, pierna derecha hacia atrás apoyada la planta en su totalidad en el suelo. La pierna izquierda algo adelantada con la rodilla ligeramente flexionada.

Realización:

- Flexionamos la cadera ligeramente y la rodilla izquierda.
- A su vez, y sin levantar la planta de la pierna derecha del suelo, flexionamos ligeramente la rodilla derecha.
- Mantenemos la posición más forzada que toleremos, contando 5 a 10 segundos.
- Relajamos, descansamos 30 segundos y repetimos aumentando cada vez un poco más el tiempo en la posición más forzada (entre 15 y 60 segundos).

Alternativas:

- Forzar la flexión dorsal del pie colocando un taco de madera de unos 6-7 cm en la zona anterior del pie, mantenemos la pisada sobre este aguantando de 15 a 60 segundos.
- Puede hacerse lo mismo utilizando un bordillo, o unas escaleras.
- Otra opción es forzar utilizando una toalla o una banda que nos ayude a tirar de la región anterior del pie hacia nuestra cabeza.

2. CRIOTERAPIA:

Dos veces al día, durante 20 minutos, podemos congelar una pequeña botella de agua de plástico o utilizar una lata de refresco y lo utilizamos rodándolo con el talón. Proporciona masaje, estiramiento y analgesia mediante el frío.

HOSPITAL DA COSTA
BURELA (Lugo)

DOLOR EN RETROPIE (TALALGIAS)