

FASCITIS PLANTAR

El dolor en la planta del pie es una de las causas más comunes de consulta en Atención Primaria, siendo la fascitis plantar, la causa más frecuente de talalgia. La incidencia de esta entidad en las consultas de Atención Primaria es de alrededor de 3,8 pacientes por cada 1.000 pacientes-año, y la prevalencia en la población general varía de entre el 3,6 al 7%, pudiendo llegando al 8% en corredores y deportistas. El pico de incidencia de esta patología se produce a los 40-60 años en la población general, sin embargo, se adelanta en deportistas.

La fascia plantar es la estructura fibroligamentosa, por lo tanto, poco elástica, que recorre el pie entre el calcáneo (con origen en la tuberosidad posteromedial) y la base de los dedos. De esta manera conforma una estructura con función de sostén al arco longitudinal del pie y amortiguadora. Las fuerzas de tensión que soporta esta estructura durante la deambulación o el deporte, la predisponen a sufrir microtraumatismos, que provocarán las alteraciones tisulares, que desembocan en el dolor que caracteriza a esta entidad.

La fascitis plantar es una patología multifactorial que derivaría de la inflamación de la aponeurosis. Sin embargo, estudios indican que más bien, el término a usar debería ser de fasciosis, ya que la evidencia histológica de muestras obtenidas por exéresis, muestran degeneración colágena, desestructuración del tejido fibroso y proliferación fibroblástica, que no asocian necesariamente la presentación de inflamación crónica evidente.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

La sintomatología clásica es el dolor que aparece de manera insidiosa en la zona medial del talón con los primeros pasos de la mañana, o que aparece tras un periodo de reposo o inactividad, y que generalmente va cediendo a lo largo del día. No suelen asociarse parestesias.

El diagnóstico de esta entidad es eminentemente clínico, basado en la clínica, factores de riesgo y exploración física.

Los factores de riesgo para el desarrollo de fascitis plantar incluyen:

- Limitación de la dorsiflexión del tobillo
- IMC elevado (>27 kg/m²)
- Bipedestación prolongada
- Entrenamiento físico excesivo
- Sedentarismo
- Correr sobre superficies poco flexibles o con calzado inadecuado
- Calzado inadecuado
- Pie cavo
- Pie plano
- Asimetría en la longitud de los miembros inferiores

En la exploración física simplemente encontraremos sensibilidad y dolor a la palpación en la zona antero-medial del calcáneo, junto con un test de Windlass positivo (dorsiflexión forzada del primer dedo del pie, manteniendo estabilizado el tobillo en posición neutra provoca dolor), es una prueba 100% específica, pero, aunque muy poco sensible (S 32% en carga, S14% sin carga), diagnosticaría de fascitis. La negatividad de este test no descarta la presencia de fascitis.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Aunque el diagnóstico se basa en la clínica, las pruebas de imagen pueden facilitar el diagnóstico diferencial con otras entidades cuando la clínica es atípica o exista una fuerte sospecha de otro diagnóstico por falta de mejoría clínica pese a tratamiento correcto.

La primera prueba de imagen a realizar sería una radiografía convencional del pie, con el fin de descartar la presencia de fracturas por estrés o presencia de espolones calcáneos. Si bien el espolón calcáneo puede aparecer en asociación con fascitis plantar (13,2% de los pacientes), su presencia es insuficiente para considerarlo la causa (hallazgo incidental incluso en pacientes asintomáticos).

Tanto la ecografía como la RMN se han empleado como pruebas complementarias posteriores a la radiografía. El valor de la ecografía radica en la facilidad de la técnica y bajo coste, junto con la demostración de que un engrosamiento de la fascia superior a 4 mm, y la disminución de la ecogenicidad de la misma por edema, son hallazgos sugestivos de fascitis, y pueden relacionarse con la clínica, llegando a un diagnóstico clínico

Siempre deberá ser obligatorio descartar patología urgente ante la sospecha de una fascitis plantar por antecedente de traumatismo, dolor nocturno, deformidades, lesiones cutáneas o disminución de pulsos.

Entre los posibles diagnósticos diferenciales, cabría descartar:

TABLA 2

Diagnóstico diferencial del dolor en la zona inferior del talón⁶**Localización y diagnóstico****Fascia plantar**

- Fascitis plantar. Dolor en la mañana; el dolor nocturno debe hacer sospechar de otras enfermedades, como el cáncer, infección y dolor neuropático.
- Rotura de la fascia plantar. Comienzo repentino de dolor desgarrante e incapacidad para cargar peso después de realizar actividad física; puede ir acompañada de hematoma, edema o de ambas, de una notable disminución en la altura del arco (en comparación con el otro pie), de deformidades como dedo en martillo, de incapacidad para extender los dedos de los pies y de fracturas por estrés en metatarso
- Entesopatías. Unilateral o bilateral; los síntomas bilaterales sugieren fuertemente una espondiloartropatía subyacente; el dolor de espalda, la rigidez matutina, artritis o psoriasis pueden estar presentes

Hueso

- Fractura de calcáneo por estrés. Después de hacer ejercicio en el que se carga peso excesivo o de forma repetitiva; el dolor puede ser vago, agravado por la carga de peso o andar sobre una superficie más dura y se reduce con el reposo sin llegar a desaparecer; aumenta el dolor en la compresión mediolateral del calcáneo (prueba de compresión); las radiografías simples pueden mostrar un área de esclerosis, por lo general en la parte superior del calcáneo dirigida oblicua e inferiormente, pero pueden ser normales, sobre todo si se realiza poco después de la lesión
- Apofisitis calcánea de los adolescentes (enfermedad de Sever)
- Contusión ósea (hematoma óseo). Dolor generalizado sobre el talón inferior después del ejercicio en el que se soporta peso excesivo o trauma directo
- Infección. Síntomas de infección, como fiebre; dolor nocturno
- Cáncer. Dolor óseo «profundo»; dolor nocturno
- Enfermedad de Paget. Arqueamiento de la tibia; dolor óseo en otras partes del cuerpo; nivel elevado de fosfatasa alcalina

Partes blandas

- Atrofia de la grasa de la almohadilla. Personas mayores, dolor o sensibilidad en el centro del talón que está ausente al levantarse por la mañana; atrofia de la almohadilla del talón
- Bursitis. Edema retrocalcáneo y eritema del talón posterior

Nervios (síndromes de atrapamiento o compresión nerviosa)

- Nervio tibial posterior (síndrome del túnel tarsiano). Dolor urente (y mayor sensibilidad) que sigue el trayecto del nervio tibial posterior inferior hacia el maléolo medial, que se irradia hacia la cara plantar del pie y hacia los dedos del pie. También puede irradiarse proximalmente hasta la pierna; agravada por la carga de peso prolongado y caminar sobre superficies duras; se reproducen los síntomas con la percusión en la cara medial del talón (prueba de Tinel)
- Rama calcáneo-medial del nervio tibial posterior. Dolor urente en las áreas medial y plantar
- Nervio del abductor del quinto dedo. Dolor urente en la almohadilla del talón
- Radiculopatía S1. Dolor que se irradia desde la pierna hasta el talón, con ausencia o reducción del reflejo del tobillo y debilidad de la dorsiflexión del primer dedo del pie
- Dolor neuropático. Dolor difuso en el pie; dolor nocturno

(Tabla de diagnóstico diferencial extraída de Rubira López DJ, Herreros Juárez S. ¿Tiene una fascitis plantar? AMF 590-591; 12(6); ISSN (Papel): 1699-9092 I ISSN (Internet); 1884-2521)

PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO

Alrededor del 90% de los casos se autolimita y mejoran a los 6-8 meses tras el comienzo de la aparición de síntomas.

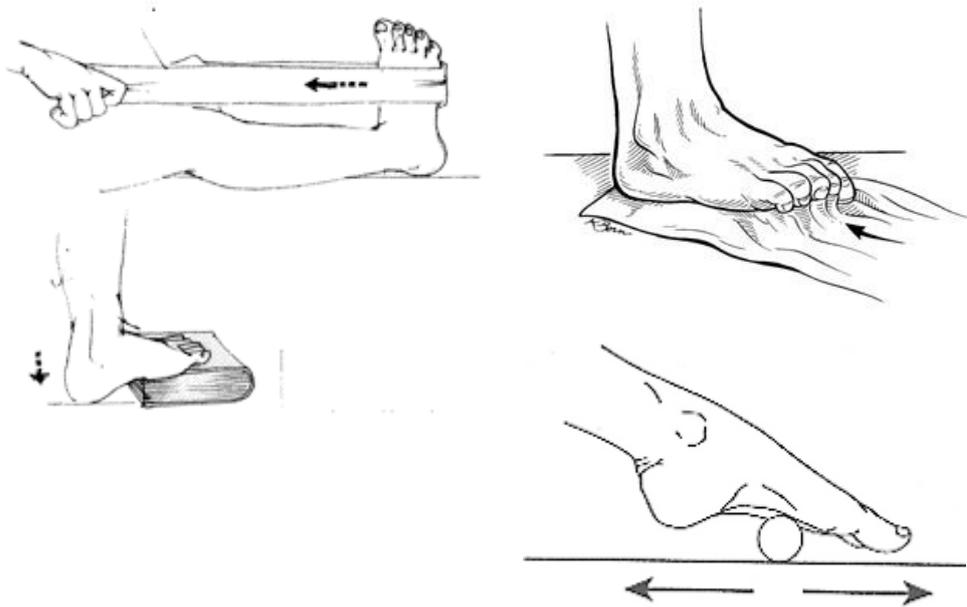
Inicialmente el manejo consiste en ejercicios de rehabilitación como estiramientos de la fascia, masajes de la zona, frío local y AINEs (ciclo corto 2-3 semanas). Además de medidas de higiene postural (evitar bipedestación continuada), evitar el uso de calzado plano y reposo relativo.

En los casos de evolución tórpida, se pueden plantear otras modalidades de tratamiento:

- Ortesis: Se cree que las órtesis del pie reducen los síntomas de la fascitis plantar al reducir la tensión en la fascia, pueden proporcionar soporte del arco medial y reducir la pronación del pie.
- Kinesiotaping: puede ser beneficiosa en pacientes con excesiva pronación.
- Acupuntura/punción seca: se inserta una aguja delgada en un punto gatillo miofascial, lo que disminuye el dolor al alterar el entorno bioquímico y el flujo sanguíneo local, sin embargo, la evidencia a favor de esta técnica carece de calidad suficiente para afirmar una mejoría significativa.
- Las infiltraciones con corticoesteroides alivian temporalmente el dolor, (efecto terapéutico limitado a un corto periodo de tiempo). Como reacciones adversas, las inyecciones múltiples pueden aumentar el riesgo de ruptura de la fascia plantar y atrofia de la almohadilla grasa.
- Las infiltraciones con plasma rico en plaquetas no comportan las reacciones adversas de los corticoesteroides infiltrados, sin embargo, existe muy baja evidencia a día de hoy que abalen su eficacia.
- Toxina botulínica: debido a su inhibición de liberación de descargas simpáticas, favorece la mejoría del dolor y la recuperación de funcionalidad del pie, sin embargo, es un tratamiento con alivio temporal del dolor.
- Terapia de ondas de choque extracorpórea: se cree estimula la neovascularización y aumento de factores de crecimiento. No hay consenso sobre la intensidad del tratamiento que es necesario a emplear para observar mejoría clínica en la fascitis plantar, y no existe a día de hoy evidencia de beneficio real en esta entidad.
- La fasciotomía parcial es la técnica quirúrgica más aceptada, tanto de manera abierta, como percutánea o endoscópica (se prefiere endoscópica por su mejor recuperación funcional y mayor rapidez a la incorporación a la vida diaria). Se reserva para pacientes con limitación funcional grave. Las complicaciones incluyen desestabilización del arco plantar, dolor en la parte media del pie, talalgia y pérdida de la altura del arco.

Ejercicios recomendados:

1. Estiramientos de la fascia haciendo uso de una banda elástica
2. Presión con el talón contra el suelo estando sobre una superficie sobreelevada
3. Ejercicios de fortalecimiento de dedos: intentar coger una toalla arrastrándola con los dedos
4. Masajear la planta del pie con una botella congelada o pelota de tenis



BIBLIOGRAFIA:

1. Trojian T, Tucker AK. Plantar Fasciitis. American Family Physician [Internet]. 2019;99(12):744–50. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/0615/p744.html>
2. Thomas JL, Christensen JC, Kravitz SR, Mendicino RW, Schuberth JM, Vanore JV, et al. The diagnosis and treatment of heel pain: a clinical practice guideline-revision 2010. J Foot Ankle Surg. 2010 May-Jun;49(3 Suppl):S1-19.
3. Rubira López DJ, Herreros Juárez S. ¿Tiene una fascitis plantar?. AMF 590-591; 12(6); ISSN (Papel): 1699-9092 I ISSN (Internet); 1884-2521
4. Rubira López DJ, Alarcón Capel E. Fascitis plantar. AMF 2022; 18 (10); 590-591; ISSN (Papel): 1699-9092 I ISSN (Internet): 1885-2521
5. Latt LD, Jaffe DE, Tang Y, Taljanovic MS. Evaluation and treatment of chronic plantar fasciitis. Foot Ankle Orthop [Internet]. 2020;5(1): 247301141989676. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/2473011419896763>

