



Neuralgia de Morton

M. Hélix-Giordanino, B. Piclet-Legré, C. Ferrari-Portafaix, S. Ciolkowitch, W. Alonza

La neuralgia de Morton es una patología frecuente, en ocasiones de diagnóstico difícil y/o tardío. Se trata de una patología de un nervio intermetatarsiano a su paso bajo el ligamento transversal intermetatarsiano, casi siempre a nivel del 3.º o 2.º espacio intermetatarsiano. Con frecuencia es muy invalidante, disminuye el perímetro de la marcha, las actividades deportivas y profesionales y complica el uso de calzado. El diagnóstico es clínico, pero la ecografía, incluso la resonancia magnética, puede ayudar a confirmarlo, precisar su localización, el número y el tamaño del neuroma de Morton y descartar diagnósticos asociados o diferenciales. Con mucha frecuencia el tratamiento conservador resulta eficaz, sobre todo cuando la patología es reciente; consiste en tratar las causas y las consecuencias del neuroma. En caso de fracaso del tratamiento conservador, el neuroma puede ser liberado quirúrgicamente o resecado, sin olvidar el tratamiento asociado de los problemas estáticos.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Morton; Neuroma; Neuralgia; Nervio digital plantar; Ortesis plantares; Neurólisis; Neurectomía; Metatarsalgias; Síndrome de atrapamiento

Plan

■ Introducción	1
■ Reseña histórica	1
■ Anatomía	2
■ Patología	2
■ Etiologías	3
■ Clínica	3
■ Diagnósticos diferenciales	3
■ Pruebas complementarias	4
■ Tratamiento	4
Conservador	4
Quirúrgico	5
Tratamiento de la recidiva	6
Tratamiento de las causas	6
■ Conclusión	6

■ Introducción

Durlacher, en 1845, describió por primera vez la patología provocada por una compresión de un nervio digital plantar en el 3.º espacio intermetatarsiano. Hubo que esperar a 1876 para que Thomas Morton le diera su nombre. Desde entonces se habla injustamente de «neuroma de Morton». De forma injusta, por una parte, para Durlacher, e igualmente para el uso del término «neuroma»,

que caracteriza una proliferación fascicular pseudotumoral. Sin embargo, no se trata de una afectación primaria del nervio; la neuralgia de Morton es un síndrome de atrapamiento que provoca un sufrimiento de un nervio digital plantar ligeramente por encima de las cabezas metatarsianas. Puede afectar a todos los espacios intermetatarsianos, con un claro predominio del 3.º espacio.

Esta patología es frecuente y su semiología es bastante típica y bien conocida la mayor parte de las veces. Pero en ocasiones su semiología puede ser engañosa. Así mismo, no todos los dolores plantares del antepié se deben a una neuralgia de Morton. Hay que diferenciar bien el dolor del neuroma de Morton del de las metatarsalgias estáticas, que con frecuencia presentan las mismas etiologías y, por lo tanto, pueden estar interrelacionadas.

Con mucha frecuencia, el tratamiento conservador resulta eficaz, sobre todo cuando el cuadro es reciente; consiste en tratar las causas y las consecuencias del neuroma. En caso de fracaso del tratamiento conservador, el neuroma puede liberarse quirúrgicamente, o bien resecarse, sin olvidar el tratamiento asociado de los problemas estáticos.

■ Reseña histórica

En 1835, en Pistoia, en la Toscana, Filippo Civinini describió por primera vez en su «Lettera Anatomica»^[1] lo que denominó «Su di un gangliare rigonfiamento della pinata del piede».

En 1845, en Londres, Durlacher^[2], cirujano de tres reyes de Inglaterra (Jorge IV, Guillermo IV y Victoria), describía esta patología en los términos siguientes: «otra forma de neuralgia afecta al nervio plantar entre el 3.º y el 4.º metatarsiano, situado sin embargo más cerca del 3.º, frente a la articulación con la falange. En cualquier momento se puede localizar el dolor presionando con el dedo. El dolor se agrava al caminar o cada vez que se apoya el pie en el suelo».

Pero es Thomas G. Morton^[3] quien va a dar su nombre a la patología, describiendo en 1876 una afectación de la 4.ª articulación metatarsofalángica y del 3.º espacio sin hablar de «neuroma»; el tratamiento quirúrgico de la época consistía en reseca esta articulación y los tejidos blandos adyacentes.

Tubby^[4] ofrece en 1893 la primera descripción de una masa nodular en el 3.º nervio digital. Hoadley^[5] cura rápidamente a sus pacientes resecaando el «neuroma», pero la relación entre la metatarsalgia y el nervio y la cura mediante neurectomía no fue demostrada hasta 1940 por Betts^[6], quien fue el primero en emplear el término de «neuroma».

En 1979, en Francia, Gauthier^[7,8] describe el tratamiento quirúrgico de esta enfermedad en su artículo *Thomas Morton's disease: a new entrapment syndrome. A new surgical treatment*. Trata por primera vez el «neuroma» considerado como un síndrome de atrapamiento mediante la sección del ligamento transversal intermetatarsiano profundo, y Patrice Diebold^[9,10] introduce en 1989 el concepto de neurólisis, es decir, la sección del ligamento asociada a la liberación del nervio.

En 1994, Stephen^[11-13], podólogo de Phoenix, describe la sección endoscópica del ligamento transversal.

En 2002, Mariano De Prado^[14] recomienda la sección percutánea del ligamento transversal asociada a osteotomías percutáneas de los cuellos metatarsianos.

■ Anatomía

La descripción clásica de la anatomía de la zona se describe a continuación. Sin embargo, recientes disecciones^[15] han demostrado que no siempre se observa esta anatomía y pueden existir numerosas variantes.

El nervio tibial posterior se divide en los nervios plantares lateral y medial (Fig. 1). El nervio plantar medial presenta una distribución relativamente variable; origina el nervio colateral medial del hallux y una rama más lateral que se divide para formar el nervio digital plantar del 1.º espacio, el nervio digital plantar del 2.º espacio y una rama que clásicamente se anastomosa con una rama que proviene del nervio plantar lateral para formar el nervio digital plantar del 3.º espacio. Esta rama anastomótica (anastomosis de Hovelacque) es inconstante. En un estudio de 2005 de Sorriaux^[16], se observa en el 77% de los casos. Es frecuente detectar variaciones anatómicas (tamaño, ramificaciones, orientación y distancia al ligamento intermetatarsiano).

El nervio plantar lateral origina el nervio colateral lateral del 5.º dedo del pie y una rama más medial que se divide para formar el nervio digital plantar del 4.º espacio y una rama que se anastomosa con la rama que proviene del nervio plantar medial para originar el nervio digital plantar del 3.º espacio.

Los nervios digitales plantares se dividen en dos nervios colaterales plantares a nivel de las cabezas metatarsianas.

Para comprender la teoría del síndrome de atrapamiento, se debe visualizar el «túnel» inextensible cuyo techo está formado por el ligamento transversal intermetatarsiano, el piso por el ligamento transversal superficial y las paredes por las lengüetas laterales de la aponeurosis plantar media.

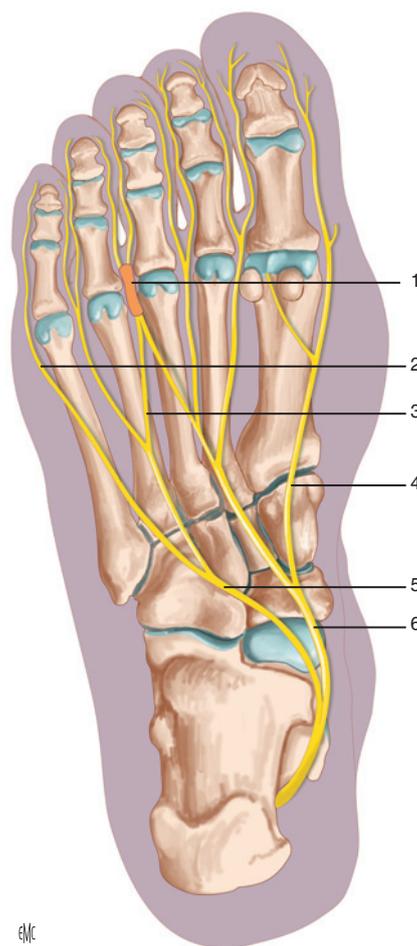


Figura 1. Anatomía. Divisiones de los nervios plantares medio y lateral. El «neuroma» de Morton se localiza generalmente por encima de la horquilla de división del 3.º nervio digital plantar. 1. Localización habitual del «neuroma»; 2. nervio colateral externo del 5.º dedo del pie; 3. anastomosis entre el 3.º y el 4.º nervio digital (inconstante); 4. nervio colateral medio del dedo gordo del pie; 5. nervio plantar lateral; 6. nervio plantar medial.

El nervio, al salir de este túnel por el borde anterior del ligamento transversal intermetatarsiano, forma un ángulo de 45° antes de dividirse; en las fases de apoyo esta angulación puede alcanzar 90°, y aumenta en todas las fases del paso con el uso de zapatos de tacón alto.

La compresión del pie dentro de un zapato estrecho aproxima las cabezas metatarsianas entre sí y, por lo tanto, disminuye el calibre del túnel.

La neuralgia de Morton afecta fundamentalmente al 3.º espacio, debido, por una parte, a la relativa fijezza del 3.º nervio digital plantar creada por la anastomosis entre los nervios plantares medial y lateral y, por otro lado, debido a la mayor proximidad de las 3.ª y 4.ª cabezas comparada con las demás cabezas metatarsianas.

■ Patología

El neuroma de Morton se caracteriza por una hipertrofia del tejido conectivo neural acompañada de una afectación de las fibras nerviosas con una disminución del número de axones y/o una desmielinización más o menos importantes de estas fibras. Las lesiones iniciales son inespecíficas: edema del endoneuro, hialinización de la pared de los vasos, depósito intersticial de colágeno. Con el tiempo, se agrava la esclerosis de los vasos endoneurales y del endoneuro. El número de fibras nerviosas mielinizadas disminuye y su vaina de mielina adelgaza.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4132144>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4132144>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)