



# Talalgias

J. Damiano

*La talalgia es una causa frecuente de malestar. Puede deberse a una entesopatía mecánica o inflamatoria, una bursitis, una compresión nerviosa o una afectación ósea o de tejidos blandos. La clínica es esencial en el enfoque diagnóstico; se debe detallar la localización del dolor, su forma de aparición y la existencia de posibles signos asociados en zonas a distancia del pie. Se distingue el dolor en la cara inferior o posterior del talón del dolor difuso. Aunque las etiologías son casi siempre mecánicas, la talalgia puede ser la primera manifestación de una espondiloartritis, enfermedad que debe investigarse ante la menor sospecha y en particular en adultos jóvenes. Las pruebas de imagen, como la radiografía convencional, la ecografía y la resonancia magnética, permiten identificar las estructuras afectadas, establecer un diagnóstico exacto e iniciar el tratamiento adecuado.*

© 2018 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Talalgia; Aponeurosis plantar; Entesopatía; Entesofito; Tendón calcáneo; Calcáneo; Espondiloartritis; Espondiloartritis anquilosante; Artritis psoriásica

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Proceso diagnóstico</b>	1
Anamnesis	1
Exploración física	2
Pruebas de laboratorio	2
Pruebas de imagen	2
■ <b>Etiología y tratamiento</b>	2
Entesopatías mecánicas	2
Talalgia de las espondiloartritis	4
Bursopatía paracalcánea	5
Talalgia de origen neurológico por síndrome compartimental	5
Talalgia asociada a fracturas por sobrecarga	5
Etiologías raras	6

## ■ Introducción

Por talalgia se entiende el dolor en el talón que coincide anatómicamente con el calcáneo y los tejidos blandos pericalcáneos. En el presente artículo se aborda exclusivamente la talalgia del adulto. La talalgia es el segundo motivo de consulta por patología del pie, por detrás de la metatarsalgia, y se define por la presencia de dolor en el talón de origen local. Esta definición permite excluir del objetivo del presente artículo los dolores de la planta del pie, las alteraciones del cuerpo del tendón calcáneo y otras tendinopatías de la zona<sup>[1]</sup>. Tampoco se estudian aquí los problemas del tobillo, las lesiones subastragalinas o el síndrome de la encrucijada posterior<sup>[2]</sup> ni los dolores proyectados en el talón. La talalgia puede ser uni o bilate-

ral, posterior o inferior y localizada o difusa y causar una discapacidad funcional en ocasiones importante. El diagnóstico, guiado ante todo por la clínica, permite distinguir entre talalgia mecánica, la más frecuente con diferencia, y talalgia de origen inflamatorio, que hay que saber sospechar. La topografía y las circunstancias en las que aparece el dolor espontáneo y provocado son fundamentales a la hora de orientar el proceso diagnóstico.

## ■ Proceso diagnóstico

Se basa en la información clínica obtenida mediante la anamnesis y la exploración física. Esta primera fase es fundamental porque, bien realizada, permite establecer un diagnóstico de sospecha firme<sup>[3]</sup>.

## Anamnesis

Especifica varios puntos:

- localización del dolor: dolor localizado (en la parte inferior o posterior del talón) o generalizado;
- momento de aparición del dolor: a diferencia de lo que ocurre en las articulaciones, el dolor del talón en las afecciones reumáticas inflamatorias no sigue un ritmo nocturno. El dolor nocturno orienta más bien hacia un osteoma osteoide o una osteítis bacteriana;
- antecedentes de enfermedad reumática: osteoporosis con fracturas, reumatismo inflamatorio crónico y sobre todo la espondiloartritis (EAr), así como la artritis reumatoide (AR);
- signos asociados: raquialgia de ritmo inflamatorio, ciatalgia alternante, dolor glúteo, afectación de articulaciones periféricas y en particular de tipo oligoartritis

de miembros inferiores, dedos «en salchicha» en manos o pies, presencia de psoriasis cutánea, antecedentes de uveítis y sensibilidad al tratamiento con los antiinflamatorios no esteroideos (AINE); todos ellos son elementos que hay que investigar sistemáticamente durante la anamnesis, ya que su presencia debe hacer sospechar una EA;

- circunstancias de aparición y modo de comienzo: actividad deportiva o esfuerzos de caminar o correr inusuales, intensos y prolongados. También hay que investigar si ha habido un cambio de calzado o un traumatismo directo.

## Exploración física

En la inspección se busca tumefacción en la parte posterior del talón, así como signos de inflamación cutánea. Mediante la presión con la punta del dedo en la cara inferior o posterior se intenta reproducir el dolor. La palpación bidigital consiste en comprimir las caras laterales del calcáneo entre el pulgar y el índice en busca de dolor provocado, cuya presencia orienta hacia una etiología ósea. El tendón calcáneo se evalúa con un pequeño salto de puntillas en apoyo bipodal y unipodal. No debe olvidarse el estudio de la marcha y sus posibles anomalías, primero con el paciente descalzo y después calzado. El objetivo es identificar trastornos de la estática del pie. También se examina el calzado en busca de signos de desgaste indicativos de varo o valgo estático o dinámico. En general, al final de esta fase clínica el diagnóstico suele estar ya bastante orientado.

## Pruebas de laboratorio

Se deben buscar signos biológicos de inflamación. Sin embargo, es muy importante señalar que una talalgia puede ser de origen inflamatorio incluso en ausencia de síndrome biológico inflamatorio. En el caso de que los síntomas hagan sospechar una EA, habrá que solicitar un análisis del antígeno leucocítico humano (HLA) B27 teniendo en cuenta que, de nuevo, su presencia constituye tan sólo un argumento más para el diagnóstico de EA.

## Pruebas de imagen

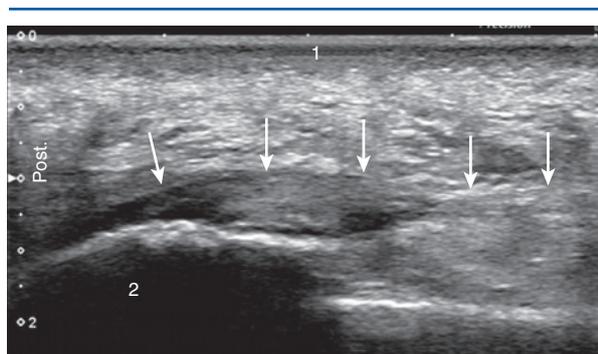
Se solicitan de forma sistemática radiografías laterales de los talones en carga. Una placa lateral blanda pondrá de manifiesto posibles calcificaciones. La ecografía ocupa actualmente un lugar importante en el estudio del pie gracias a la calidad de las imágenes que se obtienen. En el talón, es una prueba muy eficaz para detectar bursitis y entesopatías mecánicas o inflamatorias, así como para evaluar la aponeurosis plantar superficial. También puede utilizarse para guiar las infiltraciones. La resonancia magnética (RM) tiene la ventaja de que permite estudiar no sólo las estructuras mencionadas, sino también los huesos y articulaciones, en particular los subastragalinos. La tomografía computarizada (TC) apenas está indicada, y la utilización de la RM ha quitado mucho interés a la gammagrafía.

## ■ Etiología y tratamiento

### Entesopatías mecánicas

#### Mioaponeurosis plantar de inserción

El dolor se localiza en la porción anterior y medial de la cara inferior del talón [4]. Esta entesopatía mecánica es mucho más frecuente que las afecciones inflamatorias. También recibe los nombres de talalgia plantar común, síndrome del espolón calcáneo o mioaponeurosis plantar de inserción. El dolor es típicamente de instauración



**Figura 1.** Entesopatía mecánica plantar. La entesis aparece engrosada (6,5 mm) e hipocógena. Distalmente, la fascia recupera la normalidad (flechas). 1. Planta; 2. calcáneo.

progresiva y carácter mecánico y, a veces, se describe como una sensación de clavo en el zapato. Aparece por la mañana al levantarse, con los primeros pasos e incluso al reanudar la marcha después de haber permanecido largo tiempo sentado, pero se atenúa después de andar durante varios minutos. También puede reaparecer tras una larga caminata. La talalgia suele ser unilateral. Además, la puesta en tensión de la aponeurosis plantar mediante la dorsiflexión del pie y del dedo gordo puede desencadenar el dolor. La palpación descubre un punto doloroso claro en la planta del pie, sobre la tuberosidad posteromedial del calcáneo.

La radiografía convencional puede ser normal o mostrar la presencia de un entesofito subcalcáneo de aspecto mecánico, homogéneo, afilado en su extremo, bien delimitado y sin erosiones óseas asociadas. Está bien demostrado que no es la causa del dolor, sino tan sólo la consecuencia de las fuerzas de tracción ejercidas sobre la inserción ósea. En la ecografía normal, la aponeurosis plantar es delgada (2-4 mm) y consta de dos capas hiperecogénicas bien delimitadas y de bordes paralelos. En caso de mioaponeurosis plantar, la inserción de la aponeurosis aparece engrosada (más de 4 mm), hipocógena y con bordes borrosos (Fig. 1) [5]. El Doppler energía detecta una hipervascularización de localización variable. En la RM se aprecia una aponeurosis gruesa, mal delimitada y con hiperseñal en T2 y en STIR (recuperación de la inversión en tiempo corto). La zona de lesión se realiza tras la inyección de gadolinio. Este aspecto inflamatorio se extiende a la grasa y a los músculos adyacentes. A menudo se observa edema medular del calcáneo cerca de la inserción de la aponeurosis, pero en general es mucho menos importante que en las entesopatías inflamatorias. En las formas crónicas el aspecto es fusiforme o nodular.

El tratamiento farmacológico, consistente en analgésicos o AINE, es muy poco eficaz. Las medidas terapéuticas básicas son la adaptación del calzado y el uso de ortesis plantares. Siempre es conveniente perder peso en caso de sobrecarga ponderal y guardar un reposo relativo, evitando permanecer de pie inmóvil y caminar de forma prolongada sobre suelo duro. Se debe controlar el tipo de calzado. Es aconsejable que sea de suela gruesa para amortiguar el impacto, no demasiado flexible y con un talón adaptado a la morfología del pie. La altura del talón debe ser de unos 2 cm, sobre todo en la talalgia asociada a pie cavo. Las taloneras amortiguadoras estándar de elastómero de silicona suelen ser insuficientes. En cambio, las plantillas ortopédicas u ortesis plantares son el tratamiento de base. Deben constar de una almohadilla amortiguadora bajo el talón, confeccionada en espuma compresible y con un grosor de 10-25 mm, proporcional al peso del paciente. Se suele añadir una excavación situada bajo el punto de dolor intenso a la palpación. Otro tratamiento clásico son las infiltraciones locales de corticoides, que pueden hacerse por vía medial o plantar. Se introduce la aguja distalmente a la zona de apoyo

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8737498>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8737498>

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