



# Talalgias

J. Damiano

*Las talalgias son una causa frecuente de malestar. Pueden estar causadas por una entesopatía mecánica o inflamatoria, una bursitis, una compresión nerviosa o una afectación ósea o de los tejidos blandos. La clínica es primordial en el enfoque diagnóstico; se debe precisar la localización del dolor, su forma de aparición y la existencia de posibles signos asociados en otras zonas. Se distinguen el dolor inferior o posterior del dolor difuso del talón. Las etiologías son casi siempre mecánicas, pero se puede detectar una espondiloartritis a través de una talalgia, por lo que debe buscarse ante la menor sospecha, en particular en el adulto joven. Gracias a las pruebas de imagen con ecografía y resonancia magnética (RM), se pueden objetivar las estructuras afectadas, lo que permite establecer un diagnóstico preciso e iniciar tratamientos adaptados.*

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

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

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Enfoque diagnóstico</b>	1
Anamnesis	1
Exploración física	2
Pruebas de laboratorio	2
Pruebas de imagen	2
■ <b>Etiologías y tratamientos</b>	2
Talalgias de las espondiloartritis	2
Entesopatías mecánicas	3
Bursopatías paracalcáneas	6
Talalgias de origen neurológico por síndrome del túnel	6
Talalgias agudas postraumáticas	6
Talalgias de las patologías óseas	6
Talalgias de origen infeccioso	7
Talalgias de origen tumoral	7
Talalgias del niño: enfermedad de Sever	7
Talalgias por afectación mecánica de la articulación supraastragalina	8

## ■ Introducción

Las talalgias traducen el sufrimiento del talón que corresponde anatómicamente al calcáneo y a los tejidos blandos pericalcáneos. Segundo motivo de consulta tras las metatarsalgias, se definen por un dolor en el talón cuyo origen se localiza a este nivel. Con esta definición, los autores de este artículo descartan el dolor de la planta del pie, las patologías del cuerpo del tendón calcáneo y las demás tendinopatías de la zona [1]. Así mismo, las patologías del tobillo no se tratan en este artículo, ni el síndrome de la confluencia posterior [2] o los dolores reflejados en el talón. Las talalgias pueden ser uni o bilaterales, poste-

riores o inferiores, localizadas o difusas; pueden provocar una incapacidad funcional en ocasiones importante. Su diagnóstico, dirigido ante todo por la clínica, permite diferenciar las talalgias mecánicas, sin duda las más frecuentes, de las talalgias de origen inflamatorio, que no se deben pasar por alto. La topografía y las circunstancias de aparición del dolor espontáneo y provocado son fundamentales para orientar el enfoque etiológico.

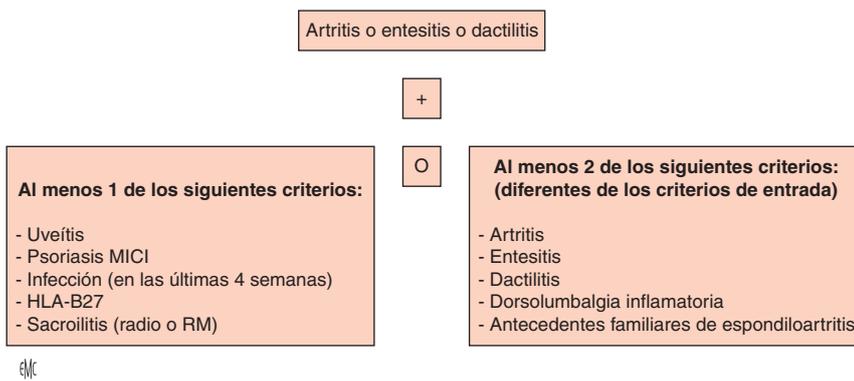
## ■ Enfoque diagnóstico

Se basa en la clínica con la anamnesis y la exploración física. Esta primera etapa es primordial, ya que, bien llevada a cabo, ofrece fuertes sospechas del diagnóstico [3].

## Anamnesis

Ofrece varios datos:

- foco del dolor: dolor localizado (por debajo o detrás del talón) o dolor global;
- momento de aparición del dolor: al contrario de lo observado en las articulaciones, las afecciones reumáticas inflamatorias no siguen un patrón horario nocturno al nivel del talón. El dolor nocturno orienta sobre todo hacia un osteoma osteoide o una osteítis bacteriana;
- antecedentes de patología reumatológica: fractura osteoporótica, reumatismo inflamatorio crónico como espondiloartritis (Ea) sobre todo, incluso artritis reumatoide (AR);
- signos asociados: raquialgias de características horarias inflamatorias de aparición, ciatalgia alternante, dolor glúteo, afectación articular periférica, en particular de tipo oligoartritis de los miembros inferiores, búsqueda de dedos de pies o manos en salchicha, presencia de psoriasis cutánea, antecedente de uveítis, sensibilidad



**Figura 1.** Criterios de la Assessment of Spondylo-Arthritis International Society (ASAS). EICI: enfermedades inflamatorias crónicas intestinales; HLA: antígeno leucocítico humano; RM: resonancia magnética.

a los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son todos ellos elementos que deben buscarse de forma sistemática mediante la anamnesis, ya que su presencia hace sospechar una Ea;

- circunstancias de aparición y modo de inicio: actividad deportiva o esfuerzos inusuales, intensos y prolongados de marcha o carrera. Se debe preguntar por un cambio del calzado o antecedente de traumatismo directo.

## Exploración física

Mediante la inspección se busca una tumefacción de la parte posterior del talón, así como signos inflamatorios cutáneos. La presión puntual, unidigital en el talón, intenta reproducir el dolor inferior o posterior. El tacto bidigital consiste en comprimir las caras laterales del calcáneo entre los dedos pulgar e índice a la búsqueda de un dolor provocado que orientaría hacia una etiología ósea. Para valorar el tendón calcáneo se pide al paciente que realice pequeños saltos sobre la punta del pie de forma bi y monopodal. No se debe olvidar el estudio de la marcha y de sus posibles dificultades, primero con los pies descalzos y después calzados. Se debe buscar un trastorno estático del pie. Se deben examinar también los zapatos para detectar signos de uso que reflejen un varo o un valgo estático y/o dinámico. Al cabo de esta etapa clínica, existe por lo general una alta sospecha del diagnóstico etiológico.

## Pruebas de laboratorio

Se debe buscar un síndrome inflamatorio biológico. Sin embargo, es muy importante destacar que una talalgia puede ser de origen inflamatorio sin que exista por ello un síndrome inflamatorio biológico. Si la sintomatología hace sospechar una Ea, se debe solicitar una determinación del antígeno leucocítico humano (HLA) B27, sin olvidar, en este caso también, que su presencia sólo constituye un argumento de entre muchos otros, para el diagnóstico de Ea.

## Pruebas de imagen

Se deben solicitar de forma sistemática radiografías de los talones anteroposteriores y en carga. Una placa poco penetrada resulta útil para detectar calcificaciones. La ecografía desempeña un papel muy importante en el estudio del pie y del tobillo gracias a la calidad de las imágenes que se pueden obtener en la actualidad. Sin embargo, con base en las leyes físicas, los ultrasonidos son detenidos por el hueso, por lo que la ecografía será siempre una prueba destinada al estudio de los tejidos blandos superficiales. En el talón, es una prueba muy eficaz para la búsqueda de bursitis, entesopatías mecánicas o inflamatorias, así como para el estudio de la aponeurosis plantar superficial. Se puede también emplear como guía para las infiltraciones. La resonancia magnética (RM) presenta la ventaja de permitir

no sólo el estudio de la aponeurosis plantar y de las entesitis, sino también de los huesos y de las articulaciones, en particular de la articulación supraastragalina. La tomografía computarizada (TC) no es interesante en las talalgias, y la gammagrafía ósea ha perdido utilidad con la RM.

## ■ Etiologías y tratamientos

### Talalgias de las espondiloartritis

La característica común de los reumatismos que forman parte del grupo de las Ea (espondilitis anquilosante, artritis psoriásica, reumatismos de las enterocolopatías [enfermedad de Crohn y rectocolitis ulcerohemorrágica], artritis reactiva y sinovitis-acné-pustulosis-hiperostosis-osteítis [síndrome SAPHO]) es la afectación inflamatoria de las entesitis<sup>[4]</sup>, que se corresponden con las inserciones óseas de los tendones, de los ligamentos y de las cápsulas articulares. El pie, rico en entesis, en particular en el calcáneo, constituye la diana principal de las Ea<sup>[5]</sup>. Se han desarrollado varios sistemas de criterios de clasificación, teniendo en cuenta la asociación variable entre los diferentes síntomas característicos de Ea. Inicialmente se desarrollaron dos, teniendo en cuenta la asociación variable entre los diferentes síntomas característicos: los criterios de Amor<sup>[6]</sup> y los del European Spondylarthropathy Study Group (ESSG)<sup>[7]</sup>.

La Ea no radiológicas (sin anomalía en la radiografía estándar de las articulaciones sacroilíacas) constituyen una nueva entidad que hay que conocer<sup>[8]</sup> pero utilizar con prudencia, debido al peligro de establecer erróneamente un diagnóstico de Ea con los riesgos que comporta<sup>[9]</sup>. En la actualidad, se emplean nuevos criterios<sup>[10,11]</sup>, llamados criterios de la Assessment of Spondylo-Arthritis International Society (ASAS) para el diagnóstico de Ea axial o periférica<sup>[12]</sup> (Fig. 1). Para la artritis psoriásica, actualmente se emplean los Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR)<sup>[13]</sup>.

La talalgia representa un síntoma más importante en las Ea<sup>[14,15]</sup> que en la AR<sup>[16,17]</sup>, donde está provocada por una bursitis. En este caso, traduce una entesis calcánea que se observaría en cerca del 42%<sup>[18]</sup> de las Ea. Este síntoma aparecería en el 40-65% de las artritis reactivas, principalmente en los primeros 6 meses de evolución, en el 30% de las espondiloartritis anquilosantes y en el 77% de los casos de artritis psoriásica. La talalgia es sobre todo exclusiva de pacientes jóvenes, de tal modo que su aparición antes de los 40 años de edad, independientemente del aspecto clínico, sugiere, hasta demostrar lo contrario, una Ea. La talalgia suele ser bilateral y no despierta jamás al paciente por la noche. Aparece desde el despertar al apoyar el pie en el suelo, donde el dolor es particularmente agudo, calmándose lentamente con la marcha, en un plazo de tiempo similar al desentumecimiento articular matinal de las artritis de las grandes articulaciones. Es plantar, puntual e infrecuentemente difuso, comparable al pinchazo de un

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8807414>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8807414>

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