



SÍNDROME DEL SENO DEL TARSO. ¿EXISTE?

MIGUEL ÁNGEL CAMPILLO

Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. España

RESUMEN

El síndrome del seno del tarso es una entidad bien definida clínicamente y de fácil diagnóstico y tratamiento médico. Se manifiesta por la presencia de dolor e inestabilidad de la parte posterior del talón. En la mayoría de los casos se produce tras una entorsis de tobillo, pero puede aparecer en el transcurso de enfermedades inflamatorias, degenerativas o metabólicas. La exploración complementaria más útil para el diagnóstico es la resonancia magnética. El tratamiento más eficaz son las infiltraciones de corticoides en el interior del seno. Pocas veces es necesario el tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: Síndrome del seno del tarso. Entorsis de tobillo. Resonancia magnética.

ABSTRACT

Sinus tarsus syndrome is a clearly defined entity and has an easy diagnosis and a simple medical treatment. It is characterized by pain and instability in the back heel. In most cases it appears after an ankle sprain, but it is also present in some inflammatory, degenerative and metabolic illnesses. The most useful complementary test is magnetic resonance imaging. The most practical treatment is corticoid injection in the incide of the sinus. Surgical treatment is only necessary on very few occasions.

Key words: Sinus tarsus syndrome. Ankle sprain. Magnetic resonance.

INTRODUCCIÓN

El síndrome del seno del tarso es una entidad clínica definida por O'Connor¹ en 1958 como la presencia de dolores laterales del talón, con sensación de inestabilidad o inseguridad, que son persistentes tras un traumatismo con inversión del pie, sin que haya laxitud clínica o radiológica.

ANATOMÍA

El astrágalo y el calcáneo están unidos entre sí por 2 articulaciones, la astrágalo calcánea anterior y la posterior. Entre estas 2 articulaciones encontramos el seno del tarso, que tiene forma de embudo, con un eje oblicuo de atrás adelante y de dentro afuera. El orificio externo es más amplio y se abre delante del maléolo del peroné, y el interno es más estrecho y está situado detrás del sustentáculo del astrágalo. En su interior encontramos el ligamento interóseo o en Z, que es el principal medio de unión del astrágalo y del calcáneo. Es un ligamento corto, ancho y muy robusto, compuesto de fibras

verticales dispuestas en 2 fascículos. Más hacia dentro encontramos el ligamento cervical, que es una cinta plana que va desde la parte externa del surco del calcáneo hasta la cara externa del cuello del astrágalo (fig. 1). En el exterior del seno del tarso hay fibras muy laxas procedentes de expansiones del pedio y del ligamento anular. En el interior del seno del tarso encontramos tejido graso y una rica inervación². Akiyama et al³, en un estudio histológico sobre la membrana sinovial de pacientes diagnosticados de síndrome del seno del tarso y de controles sanos, además de gran cantidad de fibras nerviosas, encuentran 3 tipos de mecanorreceptores: corpúsculos de Paciani, Golgi y Ruffini.

CLÍNICA

La sintomatología del seno del tarso consiste en un dolor de la cara externa del pie, de carácter difuso pero que se puede localizar en la abertura del seno del tarso. El dolor puede irradiar al maléolo o la cara posterior de la pierna. Es más frecuente que aparezca con la bipedestación y con la mar-

cha, sobre todo en terrenos irregulares. También puede aparecer en reposo. En la exploración se puede causar el dolor con la palpación de la zona, y especialmente con la presión sobre el orificio externo del seno del tarso. También se puede provocar dolor con la movilización de la articulación subastragalina, con los movimientos de evasión e inversión. En la exploración no se hallará ningún otro signo. La exploración vascular, neurológica, muscular y cutánea son absolutamente normales.

ETIOLOGÍA

En el 70% de los casos en que hay un síndrome del seno del tarso se puede encontrar un antecedente traumático de diversa intensidad: desde fracturas a simples esguinces de tobillo o inestabilidades⁴. En el 30% restante de casos hay una mezcla de etiologías (tabla 1), descritas siempre como inflamatorias⁵: artritis, artrosis, gota... En la bibliografía especializada no hay series que describan la prevalencia de este síndrome en cada enfermedad en concreto. Frecuentemente se describe esta entidad asociada con lesiones de otros tendones y ligamentos del tobillo⁶. Oloff et al⁷ describen en su serie que el 86% de los diagnósticos del seno del tarso son postraumáticos y, de éstos, el 63% es secundario a una entorsis de tobillo. Hay autores que citan como factores coadyuvantes las alteraciones estáticas del pie⁸. Belt⁹, en un estudio radiológico de 20 años de evolución sobre la artritis reumatoide, concluye que la afección de la articulación subtalar precede a la afección de la tibioperonea astragalina. Al final del estudio, la afección grave de la articulación subtalar acontece solamente en un 7% de los casos.

Tabla 1>

Causas más frecuentes del síndrome del seno del tarso

Traumática
No traumática:
Artrosis de la articulación suastragalina
Alteraciones estáticas del retropié
Valgo de talón
Varo de talón
Enfermedad inflamatoria
Enfermedad microcristalina

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

En estudios artroscópicos se han hallado diversas lesiones que conducen a plantearse el diagnóstico de síndrome del seno del tarso. Frey et al¹⁰ realizaron una artroscopia en 14 pies diagnosticados de síndrome del seno del tarso. Después de la intervención, el diagnóstico era de 10 roturas ligamentosas, 2 casos de fibrosis y 2 casos de patología degenerativa de la articulación. Hay autores que mediante el estudio con artrografía encuentran gangliones, retracciones de los recesos articulares y aspecto “congelado” de la articulación¹¹. Taillard¹², en un estudio mediante artroscopia realizado en pacientes diagnosticados de síndrome del seno del tarso, encuentra en todos los casos anomalías en los recesos sinoviales del seno del tarso. En los casos en que se refiere un antecedente de entorsis de tobillo, aparecen lesiones cicatrizales en los ligamentos, así como una hiperplasia sinovial, que obliteran los recesos sinoviales.

La radiología simple es negativa, y la exploración complementaria que más rendimiento nos ofrece es la resonancia magnética (RM). Masciocchi et al¹³, en un estudio en el que se practica una RM previa a la cirugía a los pacientes con lesiones en la región peritalar, encuentran celuloadiposis en 2 casos en el seno del tarso, cosa que ya habían constatado con la RM.

Lektrakul et al¹⁴, en un estudio retrospectivo de 42 pacientes diagnosticados de síndrome del seno del tarso, solamente confirmaron el diagnóstico en 18 de ellos; en 11 encontraron roturas de los ligamentos interóseo y cervical, en 3 casos una rotura del ligamento cervical, en 3 casos gangliones y en 1 una sinovitis villonodular. La alteración de la grasa del seno del tarso se confirmó en los 42 casos, lo que hace dudar a los autores de que sea un signo específico.

Breitseher¹⁵, en un estudio realizado en deportistas con diagnóstico de entorsis de tobillo y sintomatología del seno del tarso, encuentra una alteración de la señal de la grasa en todos los pacientes a los que se realizó una RM. Bouysset¹⁶, en un estudio realizado con RM en pacientes diagnosticados de artritis reumatoide, con una evolución media de 9,9 años de enfermedad y sintomáticos en la zona del retropié, demuestra que un 19,4% de los pacientes tiene una afección leve del seno del tarso,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9273506>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9273506>

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