

CASOS CLÍNICOS

TALALGIA. DESCRIPCIÓN DE UNA ETIOLOGÍA DIFERENTE

P. ZAMORA-NAVAS*
A. BORRÁS VERDERA**
C. PEÑA REINA**
J. R. SARAS AYUSO**

RESUMEN

La Talalgia es una causa frecuente de dolor en el pie. Entre las posibles etiologías se encuentran aquellas que afectan a la fascia plantar y a su entesis. También ha sido invocado el espolón calcáneo entre aquellas de tipo óseo.

Se presenta un caso de talalgia en el que, como hallazgo radiológico, se describe una morfología del calcáneo que, en la proyección retrotibial, presenta un perfil afilado, indicando un apoyo sobre una superficie aguda, con la consiguiente concentración de presiones.

El tratamiento con uso de plantillas de descarga e infiltraciones locales ha presentado un resultado satisfactorio en una evolución de 5 años.

PALABRAS CLAVE

Talalgia, calcáneo, anatomía.

Doctor en Medicina. Facultativo Especialista de Área. Servicio de COT. HGB de la Axarquía. Vélez Málaga. Málaga.

** Doctor/a en Medicina. Facultativo Especialista en Área. Servicio de COT. HU Sevilla.

*** Licenciado en Medicina. Facultativo Especialista de Área. Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

INTRODUCCIÓN

Con el término de talalgia se describe un amplio grupo de entidades nosológicas que se caracterizan por la presencia de dolor en el talón, ya sea en las regiones posterior, lateral o medial.

Entre las causas más frecuentes han sido descritas aquellas debidas a alteraciones en las partes blandas; tendinitis, inflamación de la almohadilla plantar, etc. Otras, por el contrario, tienen una base morfológica ósea, como son los denominados espolón calcáneo, o la exóstosis de Haglund (1).

Además de la patología local como causa algica, el complejo calcáneo, incluyendo hueso y las estructuras colindantes, puede ser objetivo de asiento de entidades inflamatorias reumáticas generalizadas como espondilitis anquilopoyética, etc.

Todos estos procesos tienen por característica común el asentar sobre una estructura que es receptora y distribuidora del peso

del cuerpo, asumiendo por su cuenta el 100% del peso total en la fase de inicio del apoyo monopodal, y que sólo rebaja su contribución al 50% cuando el apoyo plantar es completo y se encuentra el talón elevado con un tacón de 2 cms. (2).

Por otro lado, el estudio radiológico estandarizado del calcáneo se realiza fundamentalmente con una proyección lateral, que permite un análisis de las articulaciones colindantes y su estado, así como la objetivación de la mayoría de procesos óseos neoformativos que son causa primera o asiento último de la entidad dolorosa. Por el contrario, la proyección axial de calcáneo es menos requerida y sólo valorada en casos en los que se precise un estudio del grado de varo-valgo, ya sea en evaluación de deformidades estructurales o en análisis de desviaciones en las fracturas.

CASO CLÍNICO

Mujer de 18 años de edad, que consultaba por presentar historia de muchos años de evolución de dolor plantar de localización inferior concreta. El dolor se desarrollaba exclusivamente a la realización del paso, con sensación punzante, que se acompañaba de generalización a toda la planta del pie con la persistencia en el desarrollo de actividades. No había presencia de irradiaciones. La sintomatología era bilateral. La enferma precisaba de la toma de medicación analgésica de forma no constante. Como tratamiento ortésico había utilizado plantillas de descarga de talón.

Entre sus antecedentes remotos, contaba con haber sido tratada con ortesis para pie plano, diagnosticado a la edad de tres años por clínica dolorosa en pie y pantorrilla, en principio con cazoletas de Helfet y calzado ortopédico y posteriormente con plantillas con cuña supinadora posterior. Entre los antecedentes recientes presentaba numerosos episodios de inestabilidad de tobillo, tratados con la colocación de férulas

inmovilizadoras de yeso. No existían datos de patología generalizada con afectación neurológica, metabólica, vascular o infecciosa.

A la exploración clínica no se evidenciaban ningún signo inflamatorio y la estabilidad del tobillo era completa. La presión de la cara inferior del talón se hacía muy dolorosa bilateralmente remendando la sintomatología de dolor lacerante referida por la enferma. No se encontraron modificaciones en el tendón de Aquiles. No había alteraciones cutáneas. La exploración neurológica, tanto motora como sensitiva era absolutamente normal.

El estudio podoscópico del pie no mostró ninguna alteración estática. La huella planta era normal. El eje calcáneo era normal, 3.º de valgo. El análisis de la marcha no mostró ninguna alteración.

Los estudios biológicos incluyeron análisis encaminados para descartar la presencia de enfermedades reumáticas, metabólicas o vasculares concomitantes. De igual forma, se hicieron pruebas para descartar positividad a bacilo de Koch y gonococo. Todas fueron negativas.

En el estudio radiológico inicial rutinario se obtuvieron radiografías laterales que no pusieron de manifiesto ninguna alteración de ejes, morfología ósea o partes blandas. Se solicitó por último un estudio retrotibial del calcáneo. En esta proyección se observó una anatomía ósea diferente a la obtenida habitualmente. En ella, en lugar de una conformación rectangular de bordes redondeados como es habitual, se encontró una morfología donde la cara externa del calcáneo mantenía su diseño recto, pero la cara medial se convertía en una línea curva, que venía a confluir con la cara externa en un ángulo agudo, puntiforme, en punta de cuchillo. La superficie era regular, sin presencia de indentaciones, quebradas o estructuras insufladas. La densidad ósea era normal. El análisis de ambos pies era idéntico (Fig. 1).

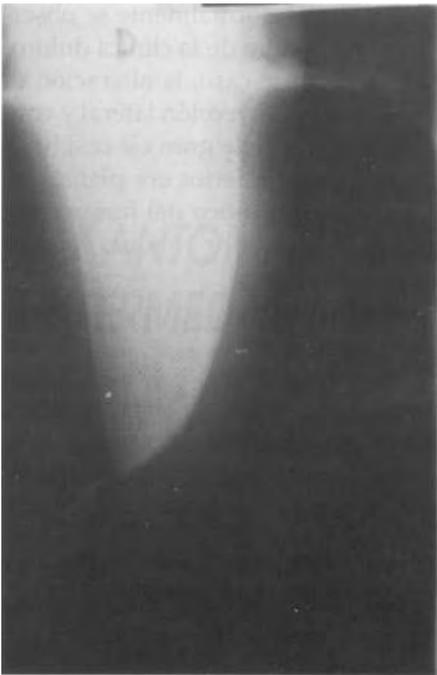


Fig. 1. Estudio transversal de calcáneo bilateral. (RX de incidencia retrotibial). Se observa la terminación en arista de la unión de las caras medial y lateral de ambos calcáneos con desaparición de la cara inferior horizontal.

El diagnóstico diferencial se planteó entre una variante anatómica normal del pie o la concurrencia de algún proceso inflamatorio, infeccioso o metabólico que pudiera modificar la conformación habitual del calcáneo.

Con los estudios practicados se confirmó la responsabilidad del dolor por la morfología alterada del calcáneo, al haberse descartado cualquier otra posibilidad.

Se propuso tratamiento con plantillas de descarga modificadas y la realización de terapéutica local con infiltraciones con medicación corticoidea.

Tras haberse practicado dos infiltraciones locales la sintomatología remitió casi en su totalidad, no indicándose la continuación del tratamiento y seguir con la aplicación de plantillas de descarga.

La evolución de la enferma ha sido correcta y el período de seguimiento de cinco

años. Durante este tiempo, la enferma ha presentado episodios esporádicos de nuevas molestias, que en ningún caso han justificado la reiniciación de un protocolo de infiltraciones.

COMENTARIOS

La talalgia subcalcánea es una patología frecuente. Entre sus causas etiológicas se encuentran aquellas que tienen un asiento morfológico, como el espolón calcáneo, y que por ello justifican una entidad de características mecánicas. Por otro lado, se encuentran todos aquellos procesos que tienen asiento secundario sobre una entesis, la de la apófisis calcánea con la fascia plantar y otras estructuras blandas de los alrededores.

Se presenta un caso de talalgia de larga evolución y que ha seguido tratamientos múltiples sin haber sido aclarada su etiolo-

gía. Hasta el momento de la evaluación los estudios practicados no habían evidenciado ninguna lesión morfológica o biológica que justificara la presencia y persistencia de la patología.

Un estudio poco indicado para el análisis de una patología frecuente ha puesto de manifiesto una alteración estructural de la que no hemos encontrado referencia previa en la bibliografía. Así, una anatomía del calcáneo con una terminación aguda en la confluencia de las caras medial y lateral hace que el apoyo del talón se haga sobre una arista en lugar de sobre una superficie plana. De tal forma, la concentración de peso sobre una superficie disminuida es la que entendemos responsable de una sintomatología álgica.

Sólo hemos encontrado una referencia a lo que es una conformación anatómica

diferente a la que normalmente se observa como justificadora de la clínica dolorosa de talón. En este caso, la alteración es visualizada en la proyección lateral y consiste en un calcáneo de gran eje casi horizontal y cuya cara inferior era plana, con un aspecto osteoporótico del hueso, perdiendo la curva inferior cóncava que caracteriza esta cara (3).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) CLAUSTRE, J.; SIMÓN, L.: Talalgias. EMC 14116 A10. 1984.
- (2) LELIEVRE, J.; LELIEVRE, J. F.: Estática del pie. En: Patología del Pie. Toray-Masson 4.^a ed. Barcelona, 1982.
- (3) LELIEVRE, J.; LELIEVRE, J. F.: Talalgias plantares. En: Patología del Pie. Toray-Masson 4.^a ed. Barcelona, 1982.