

# SÍNDROME DEL SENO DEL TARSO

*Hospital San Rafael.*  
BARCELONA.

Dr. A. VILADOT VOEGELI

El síndrome del seno del tarso fue descrito en 1956 por DENIS O'CONNOR en el Meeting de la American Orthopaedic Association.

Se trata de un síndrome caracterizado por la persistencia de un dolor selectivo a nivel del seno del tarso, durante meses o incluso a años después de un esguince de tobillo, y con una exploración radiológica normal (fig. 1).



Queremos resaltar que se trata de un síndrome poco definido, a veces confuso y difícil de etiquetar, ya que existen múltiples causas de dolor a nivel del seno del tarso. Entre ellas cabe señalar: las artrosis de la subastragalina, las artritis reumáticas del tarso, tumores del seno del tarso y las secuelas de esguinces de tobillo. Estos últimos son los que darían lugar al síndrome del seno del tarso descrito por O'CONNOR.

La lesión traumática aguda es producida normalmente por un mecanismo de inversión del pie y, junto a la lesión del ligamento lateral externo, podemos encontrar asociado el síndrome que nos ocupa.

La lesión traumática crónica está en relación con una inestabilidad crónica de la articulación producida por microtraumatismos repetidos. Puede ser secundario a un fallo ligamentoso o a un trastorno en la estática del pie, como el pie cavo-varo.

En la estabilidad del talón participan una serie de estructuras óseas, musculares y ligamentosas. Concretamente la inversión del talón es controlada principalmente por el ligamento lateral externo. Éste, como bien ha demostrado INMANN, presenta unas características anatómicas especiales: los haces peroneo-astragalino anterior y posterior forman un ángulo de  $120^\circ$ , de tal manera que con el pie apoyado plano en el suelo los dos fascículos con-

trolan la inversión del pie. Con el pie en talus es el haz posterior el que controla la inversión y con el pie en equino es el anterior. En un porcentaje alto de individuos, el ángulo formado por los dos ligamentos es más abierto, produciéndose por tanto una inestabilidad crónica del tobillo que permite la supinación del talón.

En el interior del seno del tarso y yendo de la parte externa a la parte interna del pie, tenemos tres formaciones diferentes:

**La retináculo:** estructura ligamentosa con fibras muy elásticas que se distienden fácilmente y que tienen un papel poco importante en la estabilidad de la articulación astrágalo-calcánea. Ahora bien, esta retináculo está muy inervada, por lo que tiene un papel muy importante en la sensibilidad propioceptiva de la articulación: al producirse un movimiento de inversión las fibras se distienden y se provoca el reflejo de contracción de los tendones peroneos, los cuales controlan una excesiva inversión del pie.

**El ligamento cervical** cruza la retináculo y va desde la cresta anterior del calcáneo al cuello del astrágalo. Está formado por unos fascículos de fibras muy potentes y es el único ligamento del seno del tarso que directamente controla la inversión.

**El ligamento interóseo**, situado a nivel del canal tarsiano, está constituido por dos partes: una anterior y otra posterior. La parte anterior está colocada por dentro del ligamento cervical y es un refuerzo de la cápsula de subastragalina anterior. La parte posterior es la estructura ligamentosa más importante: está constituida por unos haces de fibras muy gruesas y potentes y con poco contenido de fibras elásticas. En la parte interna se confunden con los fascículos del ligamento deltoideo. Para poder abrir completamente la articulación subastragalina es necesario cortar antes el ligamento interóseo.

Hay que destacar que en el estudio microscópico de estos ligamentos A. VILA-

DOT no encontró terminaciones nerviosas. Este ligamento interóseo sigue la dirección del eje de HENKE, por lo que está en el centro de todos los movimientos de la articulación. RIAZA Y MIRALLES los llaman los ligamentos cruzados del tobillo, en comparación a los ligamentos cruzados de la rodilla, ya que los dos fascículos del ligamento se enrollan y entrecruzan entre sí en el control de los movimientos de inversión y eversión del pie, siendo el ligamento interóseo el principal responsable en el control de la eversión del pie y por tanto del valgo del talón y del hundimiento consiguiente de la bóveda plantar.

Resumiendo lo dicho podemos decir, que a nivel del canal tarsiano encontramos estructuras ligamentosas muy potentes, pero con poca inervación, mientras que a nivel del seno del tarso encontramos unos ligamentos laxos, grasa y una gran riqueza de terminaciones vasculo-nerviosas.

Al producirse la lesión por inversión pueden afectarse las estructuras más externas del seno del tarso: la retináculo y el ligamento cervical; dada la riqueza de terminaciones nerviosas de la zona el componente doloroso es importante, mientras que la estabilidad de la subastragalina se verá poco comprometida. En cambio si la lesión afecta el ligamento interóseo, la reacción dolorosa será menos intensa pero se crea una gran inestabilidad de la subastragalina.



La irritación crónica de las estructuras del seno del tarso puede dar lugar a veces a la contractura refleja de los tendones peroneos.

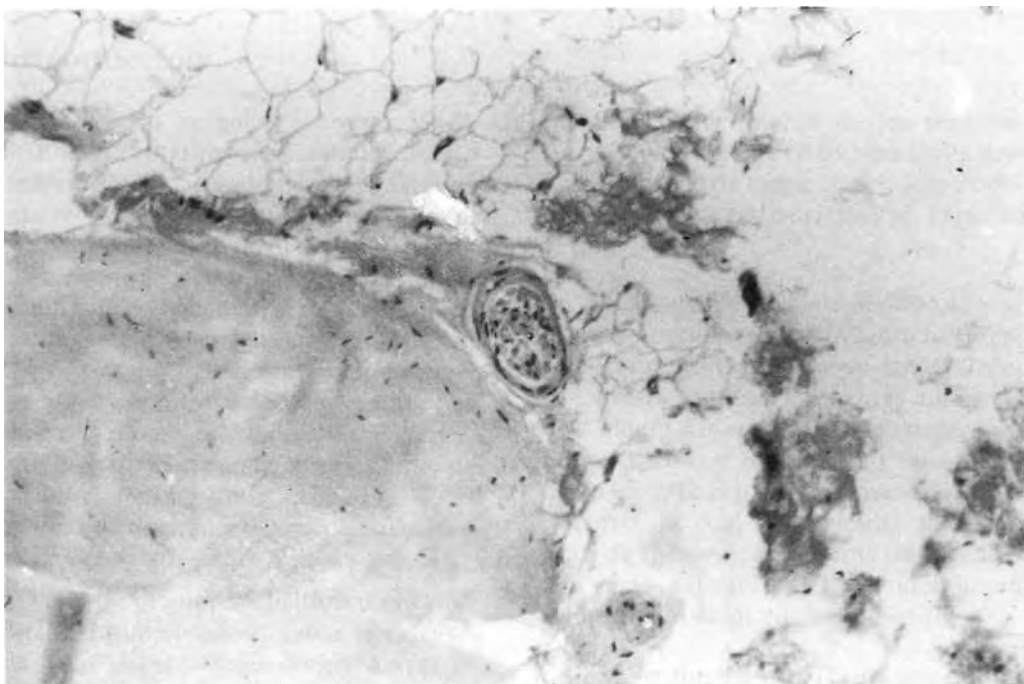
El tratamiento inicial del seno del tarso es siempre conservador y se basa fundamentalmente en el reposo de la articulación, electroterapia antiinflamatoria e infiltraciones locales con anestésico. En la mayoría de los casos el cuadro acostumbra a remitir total o parcialmente. En caso de recidivar el paciente es tributario de tratamiento quirúrgico.

En los casos en que la lesión afecta la re-

tinácula o el ligamento cervical, se procederá al vaciado del seno, teniendo especial cuidado en respetar el ligamento interóseo (O'CONNOR) (fig. 2).

La anatomía patológica del material extirpado muestra un tejido muy vascularizado en terminaciones nerviosas (fig. 3).

En los casos en que existe una rotura de ligamento interóseo creemos que está indicada la intervención propuesta por MIRALLES. Consiste en la reconstrucción del ligamento interóseo con un fascículo del tendón del peroneo lateral corto.



## BIBLIOGRAFÍA

1. MIRALLES, R.: *Estudio de las lesiones producidas por la inversión del pie. Zona de inversión*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de Medicina, 1979.
2. O'CONNOR, D. S.: *Sinus Tarsi Syndrome - a clinical entity*. 25th annual meeting of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, 1957.
3. RIAZA, A.: *Contribución al conocimiento de la morfología, estructura, desarrollo y biodinámica del astrágalo humano*. Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo, 1972.
4. VILADOT, A.; LORENZO, J. C.; SALAZAR, J.; RODRÍGUEZ, A.: *The subtalar joint: Embryology and Morphology*. *Foot and Ankle*, vol. 5, nº 2.
5. VILADOT, A. y cols.: *Quince lecciones sobre patología del pie*. Ed. Toray. Barcelona, 1989.