

# TRATAMIENTO FÍSICO DEL DOLOR

DOLOR. 2012;27:94-7

## Talalgia: espolón calcáneo y fascitis plantar

A. ORTIZ REPÁRAZ

### INTRODUCCIÓN

Hay muchas causas que pueden producir dolor en el área del talón, pero la mayoría de las veces se debe a la irritación del tendón de inserción de la fascia plantar en el calcáneo.

La fascia plantar soporta el arco del pie. Cuando se inflama la fascia plantar, puede dar dolor que puede invalidar el paso y a la larga hacerse crónico. La fascitis plantar es una de las causas más frecuentes de dolor en el pie.

### Anatomía

La fascia plantar es un fibroso tejido, grueso situado en la planta del pie que se inserta en el hueso del talón y llega hacia delante hasta anclarse en la base de los dedos.

La sobrecarga del pie puede provocar desgarros con inflamación de los tejidos que la rodean, incluyendo el calcáneo. Esto puede originar en el tiempo la aparición de un espolón que se observa en un 50% de los casos. Pero el espolón en sí no es origen del dolor.

### Los síntomas

Lo habitual es el dolor localizado en la zona de carga del peso del talón. Es más grave al levantarse de la cama, va disminuyendo conforme se calienta la fascia al caminar y reaparece tras un rato de descanso. Al final, el dolor es todo el rato al caminar.

Alguna vez puede haber inflamación visible, enrojecimiento y otros cambios en la piel.

### Factores predisponentes

Se suele ver en personas que practican deporte, personas con sobrepeso, personas con arco elevado o con pie plano.

### Dirección para correspondencia:

Ana Ortiz Repáraz  
Clínica Ana Ortiz Repáraz  
Plaça de Catalunya, 9, 1.º 1.ª  
Gavà, Barcelona  
E-mail: a.ortizreparaz@gmail.com

También es frecuente después de periodos de ir con chanquetas o zapatillas.

### Tratamiento

El objetivo inicial del tratamiento es disminuir la inflamación, después será importante potenciar los pequeños músculos del pie para que puedan contribuir al buen funcionamiento de la fascia plantar y mantener el equilibrio entre huesos, músculos y tendones del pie.

- Reposo: se utiliza el reposo como parte del tratamiento. Se disminuye la actividad física y el ejercicio.
- Hielo: hay quien recomienda hielo un par de veces al día. Se puede hacer con una botella helada y hacerla rodar con el pie. Hace masaje y estiramiento.
- Fisioterapia: la fisioterapia es otro tratamiento de elección. Se utiliza cuando la sintomatología no remite a pesar de los tratamientos antiinflamatorios. Su objetivo es disminuir la inflamación. Después de conseguir disminuir la inflamación, el siguiente paso es potenciar los pequeños músculos del pie.
- Taloneras: hay muchos tipos, y en general van bien, ya que descargan la fascia plantar.
- Calzado: los calzados con talón descargan el peso sobre el calcáneo. Conviene que tengan suela rígida a fin de proporcionar comodidad y protección. El calzado deportivo puede ser recomendable.
- Esparadrapo: colocado en toda la longitud de la fascia o tipo *taping* puede ser adecuado.
- Férulas nocturnas: mantienen el pie extendido a nivel del tobillo. Pueden tener su eficacia en algunos casos.
- Yesos: en algunos casos muy agudos o muy resistentes pueden aliviar ocasionalmente el problema. No se suelen usar mucho.
- Fármacos: los analgésicos, antiinflamatorios, relajantes musculares proporcionan alivio a muchos pacientes. Las inyecciones de corticoides se utilizan en casos muy resistentes.
- Ejercicio: ejercicios de estiramiento de la fascia plantar y del tendón de Aquiles y músculos de la pantorrilla son muy adecuados en la mayoría de los casos. Parece

que los pacientes que tienen los tendones de Aquiles tensos son más susceptibles de poder desarrollar posteriormente fascitis plantar.

## OSTEOPATÍA DEL PIE

El pie acoge todas las cargas del cuerpo. Para valorar un pie desde el punto de vista de la osteopatía, debemos valorar todas las articulaciones, todas las cadenas musculares, también las fascias y las vísceras. Es decir, debemos valorar la globalidad. Este concepto de valorar la globalidad siempre está en el concepto osteopático del cuerpo.

Finalmente, se observa el pie. Nunca se hace una observación única del pie, dejando el resto de lado. Una vez testado el cuerpo se pasa a tratar todas las zonas que hemos encontrado incorrectas, buscando siempre la lesión primaria, y después abordamos en este caso el pie. Por lo tanto, desde el punto de vista articular, abordamos cervicales, dorsales, lumbares, pelvis, cadera, rodilla, tobillos y pies. Desde los órganos abordamos cráneo, tórax y abdomen. Observamos también las metámeras y la sensibilidad cutánea.

Sería extenso hablar de todas las lesiones que nos podríamos encontrar antes de llegar al pie; por ello, voy a centrarme en diagnósticos diferenciales del dolor de la planta del pie, de dolores locales, recordando que éste es el final del recorrido total.

### Fascitis plantar

La fascitis plantar es la inflamación de la planta del pie y las estructuras perifasciales. Se trata de una resistente estructura fibrosa con una porción superficial que tensa la piel de la planta del pie y una parte profunda que va desde la tuberosidad del calcáneo hasta las bases de las cinco primeras falanges. Cuando las articulaciones metatarsofalángicas se ponen en extensión, tensan la fascia y hacen que actúe como un resorte en la planta del pie, absorbiendo energía en el choque de talón y estabilizando el pie a través de esta tensión retropié-antepié.

En la carrera es necesario que la estructura plantar esté bien estructurada y almohadillada. Aparecen problemas cuando el pie es hiperpronador, en cuyo caso la hiper movilidad de ese pie exige un esfuerzo sobre los elementos fibrosos para estabilizarlo.

En el caso de pie cavo, la falta natural que conlleva para mitigar los impactos, por la pérdida o disminución de pronación, aumenta la carga en la fascia plantar.

También en el caso de torsión tibial externa, acompañado o no de hiperpronación o de pie cavo. Como en carga en este caso el pie no puede supinar lo necesario, sobrecarga la fascia.

En el caso de un tríceps sural tenso también ocurre que no existe la supinación correcta, tensando excesivamente el sistema plantar.

Desde luego que la hiperprogramación de la cadena de flexión del miembro inferior en cualquiera de su trayecto es una de las causas más frecuentes para predisponer a sufrir esa patología.

### Clínica

El paciente siente un dolor sordo debajo del calcáneo, de la tuberosidad calcánea, que empeora con el contacto y la presión de esa zona, y también sobre el borde medial. Al caminar la persona cojea, intentando esquivar el apoyo sobre el talón. Si se hace crónico, el dolor irradia hacia el antepié y la palpación revela nódulos y engrosamiento de la fascia plantar.

La hiperextensión forzada de los dedos y el acto de ponerse de puntillas o talones despierta y reaviva el dolor.

Radiológicamente, la existencia de un espolón calcáneo es la consecuencia, no es el origen de la talalgia. El osteofito se produce por tracción del calcáneo y puede no dar dolor.

Es muy frecuente que por la mañana, justo después de levantarse, al ponerse de pie y apoyar el pie en el suelo, duela.

Normalmente, hay un dolor en el borde plantar interno del talón, que suele irradiar hacia el antepié.

### Diagnóstico

Hay cuadros distintos que dan dolor en planta del pie, llamados todos síndromes de talalgia. Uno de ellos es el Haglung o la atrofia de la almohadilla grasa del talón. La clínica que presenta el paciente permite diferenciar si es el síndrome de Haglung u otra patología, ya que la localización sobre la estructura afectada suele confirmar el diagnóstico.

### Tratamiento

Se realiza la técnica perióstica en los puntos de máximo dolor. Se fricciona con los nudillos la fascia plantar.

Se hace criomasaaje en el punto de máximo dolor.

Tratamiento de las cadenas musculares del miembro inferior, sobre todo la cadena de flexión.

Tratamiento osteopático del pie-tobillo y de las cadenas articulares implicadas, ascendentes o descendentes.

### Apofisititis calcánea

También llamada enfermedad de Sever (1912), la apófisis no fusionada de la tuberosidad mayor del calcáneo se encuentra interpuesta en el sistema aquileoplantar y sujeta a muchas sollicitaciones.

Se da en niños y adolescentes entre 7-15 años, activos, participantes en deportes de correr, coincidiendo en fases de crecimiento rápido. Hay microfracturas que terminan con la fragmentación del núcleo apofisario. Un corto tríceps sural acompaña a esta apofisititis.

Algunos factores predisponentes son:

- *Genu varo*.
- El varo subastragalino.
- La supinación del antepié.

### **Clínica**

Dolor del paciente al caminar o al correr. Puede cojear. La palpación de la tuberosidad es dolorosa, la dorsiflexión del tobillo también, y hay tirantez de la musculatura sural.

### **Diagnóstico**

Es más clínico. Se ve en la radiografía la densificación radiológica de la apófisis o en su fragmentación, pero en la radiografía lateral o axial de Harris se puede diferenciar de talalgia, de origen traumático, inflamatorio, infeccioso o tumoral.

### **Tratamiento**

El tratamiento sería descargar y trabajar tejido conjuntivo. Se hace técnica perióstica en los puntos óseos de máximo dolor.

Se trabaja el masaje longitudinal.

Criomasaje en el punto de máximo dolor.

Se hace estiramiento del tríceps sural y de las cadenas musculares del miembro inferior afectadas.

Tratamiento osteopático del pie-tobillo y de las cadenas articulares implicadas ascendentes o descendentes.

### **Celulitis de la almohadilla plantar del talón**

Entre la tuberosidad del calcáneo y la piel de la planta se interpone una espesa almohadilla de septos fibrosos que dejan entre ellos una serie de celdas rellenas de tejido adiposo. Su finalidad es amortiguar el choque y el apoyo del talón al caminar, correr o saltar.

Las cargas sobre el talón en esas actividades deforman la elasticidad de la almohadilla, comprimiéndola entre el calcáneo y el suelo, disminuyendo su altura y aumentando el diámetro lateral-medial. Si supera la capacidad de absorción de esfuerzos, el enfielado se rompe y pierde la elasticidad.

Los más expuestos son los saltadores de vallas, de longitud o de triple salto. También una atrofia natural con la edad.

### **Clínica**

La inflamación o ruptura de este tejido celular provoca dolor mecánico-inflamatorio bajo el calcáneo, de mediana intensidad, soportable, pero dificulta el apoyo del talón, sobre todo si ha sido de forma violenta después de un salto. Hay sensibilidad dolorosa a la presión.

En la fase aguda puede haber una pequeña equimosis, una tumefacción, sobre todo si ha sido de forma violenta después de un salto, y sensibilidad dolorosa a la presión.

Cuando la almohadilla ha desaparecido por la repetición de los saltos se puede notar la tuberosidad del calcáneo justo debajo de la piel, y se nota el calcáneo.

### **Diagnóstico**

Hay que diferenciar de la fascitis plantar. Rara vez es tan agudo el cataclismo para que se note el desgarro plantar. El desgarro podría dar ruptura del músculo aponeurótico del abductor del primer dedo, donde el dolor es selectivo en la tuberosidad interna del calcáneo a la presión.

### **Tratamiento**

En la fase aguda, hay restricción de la actividad. Se hacen medidas antiinflamatorias simples y se protege y se almohadilla el talón.

Cuando hay atrofia de la almohadilla, el tratamiento es difícil.

Se trata el tejido conjuntivo.

Se realiza técnica perióstica.

Criomasaje en el punto de máximo dolor.

En la fase crónica: aplicación de calor local.

Tratamiento de las cadenas musculares del miembro inferior afectadas.

Tratamiento osteopático de pie-tobillo y las cadenas articulares implicadas ascendentes o descendentes.

---

## **CASO CLÍNICO**

---

Hombre de 56 años, natural del área metropolitana de Barcelona, raza blanca, soltero, sin hijos.

- Enfermedades: intervenido de amígdalas a los 7-8 años.
- Tiene glaucoma en ambos ojos.
- Alergias: no.
- Medicaciones: en tratamiento para la hipertensión, toma hidrosaluretil, media al día. También toma ramipril 1/día. Se pone colirios de xalatán para la hipertensión ocular.
- Peso: tiene un sobrepeso de 20 kg, que se le colocan en el abdomen.
- Antecedentes: dolores cervicales y vértigos que no cedían con medicación y que hubo que tratar con osteopatía cervical, cediendo la sintomatología.
- Resto de la exploración normal.
- Analíticas: glucemia 120 g/l.
- Colesterol: 150 mg/100 ml.



Figura 1. Espolón calcáneo.

### Motivo de la consulta

Acudió a visitarse por dolor en la planta del pie izquierdo, sobre todo a nivel del calcáneo. Había ido al traumatólogo, le había enviado a un ortopeda y le recetó antiinflamatorios orales y pomada local.

No se adaptaba a las plantillas; le seguía doliendo de manera importante que le incapacitaba caminar. Me enseñó las plantillas pensando que pudieran estar mal confeccionadas. Me parecieron correctas.

### Diagnóstico

Le aconsejé bajar peso, difícil por su manera de ser: siempre buscaba una excusa para no ponerse a dieta. Al observar ambos pies, tenía metatarsalgia y ligero dolor a la palpación de las cabezas de los metatarsianos. Realmente necesitaba descargar estas cabezas. Las plantas de los pies estaban secas.

En la radiografía del pie izquierdo se observa la imagen del espolón calcáneo (Fig. 1).

Le examiné globalmente, y tenía C2, C3 y C4 en rotación derecha en restricción de la reclinación. Le corregí con técnicas de Mitchell indirectas. Siempre a nivel cervical utilizo las técnicas indirectas por respeto a la arteria vertebral. Tenía restricción de movimiento en L5-S1. Le hice un *thrust* correctivo lumbar.

### Tratamiento

Le traté localmente el pie, haciendo un tratamiento osteopático global del mismo, movilizándolo los huesos y relajando todas las estructuras osteoligamentosas. Después le hice tres sesiones de moxibustión, es decir, aplicación en la planta de artemisa con consistencia de puro, cerca de la parte inflamada de la zona calcánea. No precisó

ningún otro tratamiento. Después de esas tres sesiones está perfectamente, no toma antiinflamatorios y camina correctamente, y aún no ha hecho dieta. Ya han pasado 5 meses. Veremos si se anima.

### Discusión

Como hemos visto, otra manera de tratar los dolores y las alteraciones estructurales es con terapia manual osteopática y métodos naturales. Se pueden combinar perfectamente con las terapias habituales hospitalarias, si es necesario.

Podemos escoger en función del lugar donde se realizan, pero creo que sería mejor decidir las en función del bienestar del paciente. Cuantas más técnicas y visión global tengamos, mayor abanico de posibilidades y más facilidad de conseguir el deseo médico de tratar correctamente, aliviar y, si es posible, curar. Realmente llevo muchos años comparando técnicas hospitalarias, ambulatorias y alternativas, y se consiguen grandes resultados con estas últimas. Todas son necesarias, pero algunas con efectos secundarios y otras sin estos efectos indeseables para la salud del paciente y de todos nosotros.

### Bibliografía recomendada

- Colección de medicina osteopática. Miembro inferior. Tomo 1: Pie y tobillo. Ricard F. 1.ª ed. Febrero 2012. Escuela de Osteopática
- Las técnicas presentadas se basan en las técnicas con thrust, en el trabajo de los tejidos blandos, las técnicas de «músculo energía», las técnicas funcionales, y la utilización de las técnicas de Jones a partir de los puntos gatillo, stretch y las técnicas de relajación miofascial.**
- Cuadernos de osteopatía: las consecuencias mecánicas ascendentes y descendentes pie-pelvis y pelvis-pie. 4. Francisco Fajardo Ruiz. Editorial Dilema
- 100 diseases treated by single point of acupuncture and moxibustion. Autor: Decheng
- Single point therapy is an independent treatment method, derived from acupuncture and moxibustion. It refers to the application of stimulation at one point or one small local area of the superficial of the body in order to treat and prevent diseases. This book introduces different therapies for the treatment of 100 common diseases by single acupoint, including the point, location, method, result, case study and discussion, with the author's personal experiences.**
- 101 enfermedades tratadas con acupuntura y moxibustión. Editorial. Lengua extranjera. Beijing
- Tian Conghuo es uno de los primeros expertos de China en combinar la medicina tradicional china con la medicina occidental. Tian ha escogido 101 patologías correspondientes a las diversas especialidades de la ciencia médica moderna, para cuyos casos tanto la acupuntura como la moxibustión han demostrado que tras su aplicación los resultados son efectivos.**
- Fundamentos de acupuntura y moxibustión. Año 2004. Editorial. Lengua extranjera. Beijing
- Este libro presenta a los lectores la teoría básica de la medicina tradicional china y los conocimientos fundamentales de la acupuntura y moxibustión de forma sencilla, amena y figuras ilustrativas. Se compone de tres partes. La primera presenta la teoría básica de la medicina tradicional china. La segunda parte se hace un bosquejo general sobre los canales y colaterales y los puntos acupunturales, los doce canales regulares y sus puntos, los ocho canales extraordinarios y sus puntos, y los puntos extraordinarios. La tercera parte trata de la terapia acupuntural y moxibustural: métodos de inserción de agujas, técnica de la moxibustión y tratamiento de 52 enfermedades comunes. Concluye con un apéndice que se divide en dos partes: tratamiento auriculopuntural y breve explicación sobre la anestesia acupuntural.**
- Medicina manual terapéutica. Werner Schneider. Ediciones Scriba, SA