

# CASOS CLÍNICOS

DOLOR. 2013;28:39-41

## Reumatismos de partes blandas. Fascitis plantar

A. RODRÍGUEZ DE LA SERNA Y A. ACOSTA PEREIRA

### MOTIVO DE CONSULTA

Paciente mujer, de 39 años, trabajadora de la sanidad, que presenta el diagnóstico de artritis reumatoide, de dos años de evolución, tratada con abatacept en monoterapia y con una remisión clínica y biológica de la enfermedad que le permite realizar una vida laboral y social normal.

Consulta de forma extemporánea por la presencia de un dolor en el talón derecho de cinco días de evolución, con carácter progresivo y que ya le impide la marcha.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente con un proceso reumático establecido (artritis reumatoide) y tratado, que consulta por un proceso doloroso en el pie, con marcada limitación funcional.

La paciente presenta como única comorbilidad la obesidad, con un índice de masa corporal de 32.

La localización del dolor es en la planta del talón y el arco. El dolor desaparece en reposo y aumenta con la presión en la cara plantar del calcáneo, donde refiere enrojecimiento. El dolor aumenta cuando se pone de puntillas o camina sobre los talones.

### EXPLORACIÓN FÍSICA

La paciente no refiere dolor en otras zonas fuera del talón, y la exploración articular no demuestra sinovitis en ninguna articulación periférica, descartando la posibilidad de una reactivación de su artritis. A la palpación presenta dolor localizado (Fig. 1), que se acentúa con la marcha y calma con el reposo, aumentando al caminar sobre los talones y con la dorsiflexión forzada del pie y de los dedos, así como al extender la pierna.



**Figura 1.** Maniobra de palpación, en la exploración física de la paciente, realizando una presión con el pulgar sobre la tuberosidad medial del calcáneo, que resultó enormemente dolorosa y remeda las manifestaciones clínicas, siendo esta maniobra muy característica de una fascitis plantar.

### Dirección para correspondencia:

Arturo Rodríguez de la Serna  
Servicio de Reumatología  
Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau  
Sant Antoni Maria Claret, 167  
08025 Barcelona  
E-mail: arodriguezs@santpau.cat

Servicio de Reumatología  
Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau  
Barcelona



**Figura 2.** Rx simple en posición lateral del pie, donde se observa la ausencia de lesiones destructivas o erosivas propias de la artritis reumatoide, pero destaca la presencia de un espolón calcáneo (cabeza de flecha).

Se realizó una radiografía (Rx) del pie, donde no se observaron lesiones óseas, pero sí la presencia de un espolón calcáneo (Fig. 2).

## TRATAMIENTO

Con los datos de la exploración física se estableció el diagnóstico de fascitis plantar, pero al presentarse la misma en una paciente previamente diagnosticada de artritis reumatoide, se planteó la duda de la posible relación entre ambas enfermedades.

Como fascia plantar se conoce la aponeurosis engrosada que se origina en la tuberosidad medial del calcáneo formando cinco bandas. Se inserta en las falanges proximales, los ligamentos transversos de los metatarsianos y las vainas de los tendones flexores de los dedos. En esta fascia predominan las fibras de sustancia colágena agrupada en disposición paralela formando haces. Su función es mantener la curvatura longitudinal de la bóveda plantar, así como amortiguar las fuerzas que se ejercen sobre la misma. La inflamación de la fascia plantar, la lesión característica de la fascitis plantar, es una entesis (inflamación de la interfase del ligamento óseo) que se produce por sobrecarga tensional de la inserción de la fascia plantar en la tuberosidad media calcánea; también existe una degeneración de las fibras de colágeno causada por repetidos microtraumatismos que superan la capacidad del organismo para repararse (Fig. 3).



**Figura 3.** Recuerdo anatómico de la fascia plantar.

Por otro lado, la presencia en la Rx de un espolón calcáneo hace sospechar que la paciente era portadora de una lesión previa en la fascia plantar que indujera la presencia del mismo, aún cuando sintomáticamente hubiera pasado inadvertido.

Debe tenerse en cuenta que entre los factores predisponentes para la presencia de una fascitis plantar están el sobrepeso, que la paciente padece, y la sobrecarga mecánica, también habitual entre los trabajadores sanitarios (Tabla 1). Además, como se indica en la tabla, la presencia de un nervio periférico que transcurre cerca de la fascia podría convertir algunos casos en un tipo de dolor neuropático y no nociceptivo, o al menos con un componente mixto.

Al tratarse de una artritis reumatoide, la asociación de fármacos analgésicos por vía general debe valorarse ante la evidencia de una prolongada necesidad de los mismos, especialmente antiinflamatorios no esteroideos (AINE), que en muchas ocasiones son causa de efectos adversos graves a lo largo del tiempo, como lesiones del tracto gastrointestinal y hepáticas y renales.

La descripción reciente de una revisión de la Cochrane, sobre la eficacia de la capsaicina para el tratamiento del dolor en artritis reumatoide, claramente superior al placebo, y especialmente para el tratamiento del dolor localizado, como es el caso de nuestra paciente con un diagnóstico de un síndrome localizado de partes blandas como es la fascitis plantar, nos indujo a utilizar un tratamiento tópico con capsaicina, en una aplicación local 0,075% de capsaicina en

**Tabla 1. Factores que predisponen a la aparición de la fascitis plantar**

| Factores anatómicos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Factores mecánicos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pie cavo, pie plano, disimetrías de miembros inferiores. Al caminar el arco debe hundirse ligeramente. Si se hunde más allá de lo normal, nos encontramos ante una pronación excesiva. Debilidad del soleo, del tendón de Aquiles o de los músculos intrínsecos del pie. Músculos de la pantorrilla estirados, lo que hace que se produzca un acortamiento de la fascia plantar, que degenerará en fascitis plantar</li> <li>– Recientemente se ha identificado un pequeño nervio que transcurre cerca de la fascia plantar. Se cree que la irritación de este nervio es la causa o el factor que contribuye al desarrollo del dolor</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Exceso de peso</li> <li>– Ancianos</li> <li>– Bipedestación y marcha prolongadas</li> <li>– Soporte del calzado insuficiente</li> <li>– Mala mecánica de la marcha</li> <li>– Traumatismos</li> <li>– Artritis</li> <li>– Infecciones</li> <li>– Inicio de un tipo de entrenamiento al que no se está acostumbrado</li> <li>– Zapatos con suelas rígidas o con poco arco de soporte</li> <li>– Giros rápidos que tensionan el pie</li> <li>– Uso repetitivo y anómalo</li> </ul> |

crema, cada 8 h, mediante una aplicación mínima de crema sobre la zona dolorosa, con un leve masaje para favorecer la absorción.

La paciente experimentó una mejoría importante del dolor a las 48 h del inicio del tratamiento y desapareció a los cinco días. Se ha mantenido el mismo durante cuatro semanas.

De forma asociada se han tomado medidas generales, como talonera de descarga y recomendaciones para la pérdida de peso.

## CONCLUSIÓN

Se describe el caso de una fascitis plantar en una paciente portadora de artritis reumatoide bien controlada, pero con factores predisponentes (sobrepeso y sobrecarga laboral) que justifican la presencia de la misma.

Hay una excelente respuesta al tratamiento tópico con capsaicina, que puede justificarse por la posibilidad de un componente neuropático del dolor debido a la presencia de irritación o lesión de un nervio periférico en la cercanía de la fascia por lo que justifica probar siempre la capsaicina como tratamiento inicial frente a una fascitis plantar.

## BIBLIOGRAFÍA

- Graña G, Mera A. Lesiones estructurales y funcionales de bolsas y tendones. Enfermedades reumáticas extraarticulares: patología de músculos, tendones, vainas, bolsas y nervios periféricos. Barcelona: Masson. Sociedad Española de Reumatología.
- Richards BL, Whittle SL, Buchbinder R. Neuromodulators for pain management in rheumatoid arthritis. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 1:CD008921.
- Richards BL, Whittle SL, Van der Heijde DM, Buchbinder R. Efficacy and safety of neuromodulators in inflammatory arthritis: a Cochrane systematic review. J Rheumatol Suppl. 2012;90:28-33.