

FASCITIS PLANTAR

NOMBRE DE PATOLOGÍA:

Fascitis plantar, fasciopatía, fasciosis, talalgia, dolor del talón

OBJETIVO:

El objetivo principal es definir el diagnóstico y tratamiento de fascitis plantar de acuerdo a las recomendaciones del Capítulo de Pie y Tobillo de la SCCOT

USUARIOS DEL PROTOCOLO

Comunidad ortopédica nacional y lectores de la Revista Científica

DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA:

Se define fascitis plantar como dolor en aspecto plantar del talón, y es la causa más común de dolor del retropié en adultos. Es insidioso, de predominio matutino, disminuye con los primeros pasos y luego aumenta con el transcurso del día.

FRECUENCIA:

Se presenta principalmente entre los 40 y 60 años. Es el 1% de la consulta médica. Es más frecuente en mujeres que en hombres en una proporción de 2:1.

ETIOLOGÍA:

Se considera de origen multifactorial y se relaciona con obesidad, bipedestación prolongada, sobrepeso, sobreuso, sexo femenino, deformidades estructurales del pie, artritis reumatoidea y artritis seronegativa.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

Anamnesis: Paciente refiere dolor en los primeros pasos en la mañana, que mejora con el transcurso del día, empeora en horas de la tarde y cede con el reposo.

Examen Físico: Dolor a la presión sobre tuberosidad medial del calcáneo y hasta 1 o 2 cm medial a la fascia plantar, dolor con la hiperextensión de los arcos, y al caminar sobre el talón.

Apoyo imagenológico: Radiografía: excluir diagnóstico diferencial.

De acuerdo a criterio médico, pacientes con presentación clínica atípica, o que no mejoren con el tratamiento inicial, con sospecha de patología asociada pueden requerir gammagrafía, ultrasonido, electromiografía, ecografía, resonancia magnética o exámenes serológicos.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES:

Neurológicos: Síndrome del túnel del tarso, atrapamiento de la primera rama plantar lateral, atrapamiento del nervio calcáneo medial, neuropatía periférica, radiculopatía S1.

Tejidos Blandos: Ruptura de la fascia plantar, entesopatías, atrofia de almohadilla grasa, tendinitis del Aquiles, tendinitis del flexor hallucis longus, fibromatosis plantar, tendinitis del tibial posterior.

Óseas: Fractura por stress del calcáneo, contusión ósea, infecciones como osteomielitis o pio-artrosis subtalar, artritis subtalar, artropatías inflamatorias

Otras: Neoplasias, insuficiencia vascular.

TRATAMIENTO:

Alrededor del 90% de los pacientes mejoran con el tratamiento conservador. Solo el 1% o menos de los pacientes requieren tratamiento quirúrgico, si no hay mejoría después de aproximadamente 6 meses de tratamiento conservador juicioso.

TRATAMIENTO CONSERVADOR

FASE I Entre 6 a 8 semanas

- Bajar de peso
- Modificación del calzado: Calzado con suela rígida o semirígida tacón corrido
- Ortesis: Plantillas blandas en silicona largas
- Ejercicios de estiramiento: Estirar complejo gastrodeco y fascitis plantar
- Antiinflamatorios: No esteroides
- Medios físicos locales: Hielo

FASE II Entre 8 a 12 semanas

- Terapia Física
- Infiltración con corticoide: Si no mejora del 50 % con técnica depurada adecuada y en manos expertas. No se deben realizar más de 2 infiltraciones en un intervalo de 2 meses.
- Férulas nocturnas
- Yesos



FASE III Mayor de 12 semanas

- Continuar fase I
- Segunda infiltración

Si después de 6 meses de tratamiento conservador juicioso bien realizado la sintomatología persiste esta indicado:

- Ondas de choque
- Tratamiento quirúrgico

NOTA: Si según criterio médico hay atrapamiento de la primera rama plantar lateral este paciente puede requerir tratamiento quirúrgico.

