

Fascitis plantar diagnosticada mediante ecografía

Miguel Ángel Sáez Moreno^a, Marta Castaño Díaz^b, Luis Torres Antón^c,
y Jesús López-Torres Hidalgo^d

^a Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. (España).

^b Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. (España).

^c Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. (España).

^d Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. (España).

Correspondencia: Miguel Ángel Sáez Moreno.
Correo electrónico:
miguelsaezmoreno@gmail.com

Recibido el 3 de septiembre de 2019.

Aceptado para su publicación el 25 de diciembre de 2019.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



RESUMEN

La fascitis plantar constituye una causa frecuente de dolor en la planta del pie. Se produce por un exceso de carga a nivel de la inserción de la fascia en el calcáneo. Típicamente, el paciente describe dolor al inicio del día con la deambulación y aumento del mismo a la palpación. La ecografía complementa e incluso confirma el diagnóstico, y además sirve como guía para determinados tratamientos cuando las medidas conservadoras no dan resultado.

Palabras clave: Fascitis, Ecografía, Calcáneo.

ABSTRACT

Plantar fasciitis is a common cause of pain in the sole of the foot; it occurs because of excess load at the insertion of the fascia into the calcaneus. The patient typically reports pain at the start of the day upon gait and this increases on palpation. Ultrasound complements and even confirms the diagnosis and also serves as a guide for certain treatments when conservative measures have not proved to be effective.

Key words: Calcaneus. Fasciitis. Ultrasonography.

INTRODUCCIÓN

El dolor en la planta del pie es un motivo de consulta frecuente en la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria, siendo la fascitis plantar causante de aproximadamente un 15% de este¹. La fascia plantar es una estructura de tejido fibroso que une el borde inferior del calcáneo con la cabeza de los metatarsianos y forma el arco plantar del pie. Sus fibras se continúan con las del paratendón de Aquiles a través de una banda delgada correspondiente al periostio del calcáneo. La fascitis normalmente se produce por una sobrecarga de la inserción de la fascia plantar en el borde inferior del calcáneo, siendo rara la rotura de esta. La edad más frecuente de presentación oscila entre los 40 y los 60 años en la población general, con un pico más joven en corredores¹. El diagnóstico es clínico y ecográfico, siendo el engrosamiento de la fascia plantar, en su origen o en forma de tumefacción fusiforme más distal, indicativo de alteraciones patológicas². El tratamiento inicial es conservador, mediante reposo, estiramientos y tratamiento antiinflamatorio, pero puede llegar a requerir cirugía.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un hombre de 37 años, con sobrepeso y sin otros antecedentes personales ni familiares de interés, que acudió a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria porque sufría desde hacía tiempo dolor en la fascia plantar izquierda, por la mañana al inicio de la deambulación y con la actividad física intensa.

Tras realizar una exploración física, se completó el estudio mediante una ecografía y se le diagnosticó fascitis plantar. Comprobamos, en un corte longitudinal, el aumento de grosor de la fascia de 6,9 mm y una ecotextura relativamente hipocogénica (figura 1), lo que permitió confirmar el diagnóstico. En el corte transversal también se pudo observar dicho aumento de grosor, de 6,2 mm (figura 2). Se realizó una infiltración de corticoides eco-guiada con la que el paciente obtuvo mejoría.

DISCUSIÓN

La fascitis plantar es una patología multifactorial que deriva de la inflamación de la aponeurosis que recorre longitudinalmente todo el pie. Estudios recientes indican que puede tratarse más bien de una fasciosis, dada la cronicidad de la enfermedad y la evidencia histológica de degeneración y necrosis del colágeno, así como de desestructuración del tejido fibroso¹, aunque puede desarrollarse también tras el ejercicio intenso de manera aguda³. Los síntomas suelen persistir meses e incluso años⁴.

Cursa con dolor en la cara ínfero-medial del talón, que se acentúa al iniciar el movimiento. Puede haber dolor a la palpación de la inserción calcánea en un talón de apariencia normal³. Este puede aumentar con la dorsiflexión forzada del primer dedo del pie, manteniendo el tobillo en posición neutra, siendo esta maniobra muy específica, pero poco sensible (discretamente mayor con el pie en carga). La presencia de un espolón calcáneo carece de valor diagnóstico, ya que solo alrededor del 5% de los pacientes con espolón manifiestan dolor en el talón¹. Es importante estar siempre atento a los signos de alarma: dolor nocturno, deformidades, antecedente de traumatismo, lesiones cutáneas o disminución de pulsos.

La radiografía simple y las pruebas de laboratorio se deben reservar para los casos de fuerte sospecha de otro diagnóstico; es decir, aquellos pacientes que no mejoran lo esperado después del tratamiento inicial o que presentan una historia clínica o una exploración física anómalas. La ecografía nos ayuda a evaluar el grado de afectación en caso de fascitis y a realizar un diagnóstico diferencial con otros procesos que exigen un estudio más amplio³. Además, es posible hacer un seguimiento del paciente mediante el registro de las exploraciones.

El diagnóstico diferencial habría que llevarlo a cabo con la bursitis subcalcánea, las fracturas calcáneas por estrés, el síndrome de la almohadilla calcánea o el dolor neuropático; todas estas entidades son menos frecuentes. Es importante distinguirla de las entesopatías, formando parte de alguna enferme-

dad sistémica, como las espondiloartritis⁴, que debe sospecharse sobre todo si es bilateral. Tampoco se deberían olvidar las artropatías por depósito de cristales, en las que no solo afectan a la articulación, sino que también producen depósitos tendinosos.

El tratamiento inicial es conservador, y consiste en reposo de la actividad física, fisioterapia con ejercicios de estiramiento, calzado con suela de goma o silicona, hielo local y fármacos antiinflamatorios. No se dispone de estudios que evalúen la eficacia del vendaje funcional, aunque se puede emplear con el objetivo de aumentar el arco plantar y así relajar la fascia⁵. En aquellos casos que no responden, suele ser eficaz una infiltración con corticoide local, que puede realizarse guiado por ecografía. Las principales complicaciones de la administración local de corticoides, aunque infrecuentes, son la rotura de la fascia y la atrofia de la almohadilla grasa del talón⁴. En caso de rotura, la clínica sería más brusca e intensa, acompañándose de edema e inflamación local.

Para la exploración ecográfica, utilizaremos una sonda lineal de alta frecuencia, con el paciente en decúbito prono y los pies colgando por el borde de la camilla. Realizaremos un corte longitudinal fundamentalmente y nos centraremos en la inserción de la fascia en la parte inferior del calcáneo. Su aspecto ecográfico es similar al que presentan otros ligamentos: fibrilar hiperecoico, laminar y de bordes paralelos; suele tener un grosor de 3-4 mm en su inserción calcánea, medido en corte longitudinal. La inserción en la tuberosidad calcánea de la fascia puede aparecer hipoecoica por efecto de la anisotropía, debido a que las fibras tendinosas adquieren una trayectoria curva en ese punto³. El tercio posterior de la fascia es el que se ve afectado en la mayoría de los pacientes, cerca de su inserción en el tubérculo interno del calcáneo⁴. Los principales signos patológicos son un engrosamiento de la fascia (mayor o igual a 5 mm³) y una ecotextura relativamente hipoecogénica debida al edema interfibrilar. También pueden observarse los bordes fasciales convexos y la pérdida de definición de los mismos, siendo infrecuente el edema perifascial⁴.

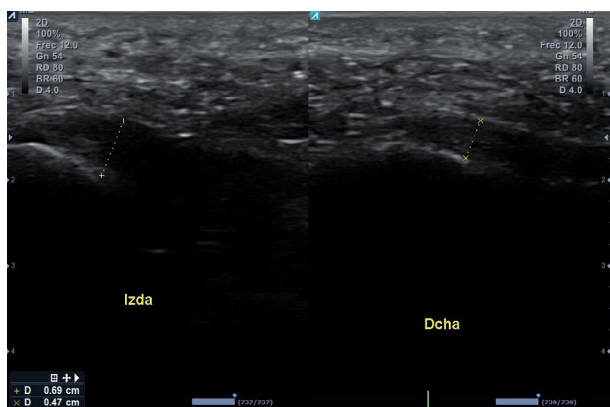


Figura 1. Corte ecográfico longitudinal en el que se aprecia la fascia izquierda engrosada y relativamente hipoecogénica en comparación con la derecha.

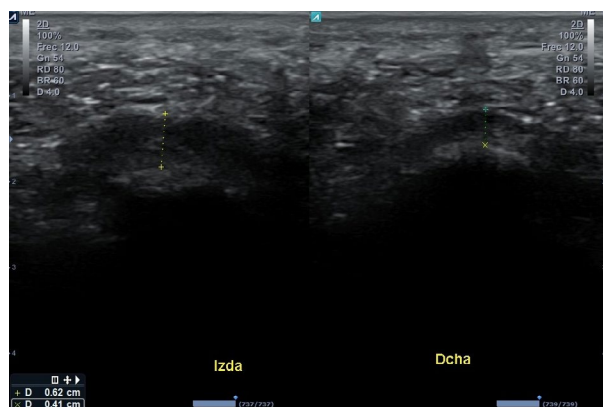


Figura 2. Corte ecográfico transversal en el que se aprecia el aumento de grosor de la fascia izquierda en comparación con la derecha.

Se cree que los cambios hipoecogénicos observados en la fascitis plantar reflejan el edema de la fascia que se produce por los microdesgarros y la degeneración local. En el 40% de los pacientes con fascitis plantar aguda la ecografía Doppler muestra hiperemia de la fascia y las partes blandas adyacentes⁴. En pacientes con más de 12 meses de duración no se observa la hiperemia. También se puede considerar el Doppler para el diagnóstico diferencial en caso de patologías inflamatorias.

La ecografía tiene un papel definitivo en el tratamiento de la fascitis plantar porque permite guiar la inyección local de corticoides, entre otros procedimientos. De esta manera, suele ser más eficaz que guiada por palpación, aparte de que se reduce el riesgo de rotura de la fascia inducida por corticoides, así como de atrofia grasa de la región plantar⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rubira López DJ, Herreros Juárez S. ¿Tiene una fascitis plantar? AMF. 2016;12(6):341-4.
2. Kim C, Hook PT, Kissin E. Articulaciones. En: Ecografía a pie de cama. Fundamentos de la ecografía clínica. Barcelona: Elsevier; 2016. p. 299-323.
3. Sánchez Barrancos IM, Rodríguez Salvador JJ. Escenarios de la ecografía clínica musculotendinosa. En: Escenarios clínicos de la ecografía en medicina familiar. Barcelona: Congresos y Ediciones semFYC; 2016. p. 117-37.
4. Bianchi S, Martinoli C. Pie. En: Ecografía musculoesquelética. Madrid: Marban Libros; 2011. p. 805-7.
5. Traumatología de partes blandas. Miembro inferior. Tobillo y pie: Fascitis plantar. AMF. 2008;4(5) 278-92.