

FRACTURA ESPONTÁNEA DE CALCÁNEO TRAS INTERVENCIÓN DE FASCITIS PLANTAR

Francisco Cortés Calatayud¹, Oscar Pé Lobán¹, Marta Izquierdo Renau¹, Javier Ferrer Torregrosa², Olivia Martínez Espinosa¹.

1. Profesor Escuela de Enfermería y podología. Universidad de Valencia.

2. Profesor Escuela de Podología. Universidad Católica de Valencia.

CORRESPONDENCIA

Escuela de Enfermería
y Podología.
Universidad de Valencia

FRACTURA ESPONTÁNEA DE CALCÁNEO
TRAS INTERVENCIÓN DE FASCITIS PLANTAR

RESUMEN

La fascitis plantar es una patología bastante frecuente en nuestras consultas, aunque a veces ya vienen tratadas y diagnosticadas como espolón de calcáneo. Normalmente es una patología que resuelve en el 90% de los casos con tratamiento conservador, pero hay un 10% que necesita de cirugía, con las consabidas complicaciones que ello conlleva, incluida la fractura espontánea de calcáneo.

El objetivo del artículo tras revisión bibliográfica, es constatar que la fascitis plantar es la primera causa de molestias en el talón. En muchas ocasiones se asocia a espolón de calcáneo y en algunos casos la resección quirúrgica de este es recomendable por efectos psicológicos positivos en el paciente. Presentamos este caso en el que dicha intervención dio como complicación una fractura espontánea de calcáneo.

PALABRAS CLAVE

Fascitis plantar, espolón de calcáneo, fractura espontánea de calcáneo.

ABSTRACT

Plantar fasciitis is a common pathology in our clinics. Sometimes they are first diagnosed and treated as heel spur. In 90% of the cases this problem is resolved with conservative treatment, but in the rest they need surgical treatment, and this can have complications as spontaneous calcaneus fracture.

The aim of this paper is to prove, after review of the current literature, that plantar fasciitis is the first cause of heel pain. In most of the cases is associated with heel spur and sometimes surgical removal of it is recommended since it has positive psychological effects on the patients. We report a spontaneous calcaneus fracture after heel spur surgery.

KEY WORDS

Plantar fasciitis, heel spur, spontaneous calcaneus fracture.

INTRODUCCIÓN

La fascitis plantar es una inflamación aguda de la aponeurosis plantar cuyo síntoma principal es dolor en el talón o en la zona media de la planta del pie debido a microtraumatismos repetitivos, la cual ha sido diagnosticada muchas veces como espolón de calcáneo, una exostosis de hallazgo radiológico. Dicho espolón no es causa de fascitis plantar, sino una consecuencia de la misma, ya que solo aparece en el 50% de los casos de fascitis plantar diagnosticada y aparece de manera asintomática en un 15% de los pacientes. Esto hay que verlo como una formación flexible de calcio integrada en la fascia plantar que solo sirve para confirmar la excesiva tracción de esta en su inserción proximal en el calcáneo¹.

Los tratamientos conservadores para la fascitis plantar tienen éxito en el 80-90% de los pacientes. Cuando fracasan los tratamientos conservadores se puede optar a la infiltración de corticoesteroides, siempre teniendo precaución en casos de diabetes, hipertensión arterial, osteoporosis e hipertiroidismo².

El tratamiento quirúrgico ha dejado de ser la opción más utilizada para el tratamiento de la enfermedad, aunque en casos en los que el tratamiento conservador ha sido ineficaz durante un año o más, se podrá optar a dicha actuación. Esta intervención consistirá en la sección parcial de la fascia, en sus 2/3 partes mediales, de forma que se libere a la fascia de tensión, pudiéndose realizar una resección del espolón en algunos pacientes desde un punto psicológico³. La fractura de calcáneo representa el 60% de las fracturas del tarso y el 2% de todas las fracturas. El

mecanismo de producción de las fracturas de calcáneo puede ser:

- 1- Indirecto: por avulsión que origina fracturas extraarticulares de la inserción del tendón de Aquiles o de los ligamentos
- 2- Directo: por compresión axial en precipitaciones o accidentes de tráfico que dará lugar a fracturas intraarticulares más o menos complejas según la energía del traumatismo.

Las fracturas espontáneas de calcáneo se pueden dar en pacientes con una osteoporosis intensa, por obesidad o tras intervención quirúrgica de espolón^{4,5}.

Existen numerosas clasificaciones de las fracturas de calcáneo, siendo la de Schmidt y Weiner la más usada, aunque todas ellas muy semejantes en su esencia, están basadas en dos hechos fundamentales y que señalan el pronóstico y plantean el tratamiento.

- Si hay o no compromiso de la articulación sub-astragalina
- Según sea mayor o menor el grado de destrucción y desplazamiento de las superficies articulares sub-astragalinas^{6,7}.

CASO CLÍNICO

El caso que presentamos en este artículo es el de una mujer de 55 años que presenta una fascitis plantar de aproximadamente año y medio de evolución. Durante este periodo de tiempo la paciente ha sido diagnosticada siempre, y de forma unánime, como espolón de calcáneo y tratada por varios profesionales. En el inicio de las molestias se le instauró tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios junto a taloneras para espolón de calcáneo sin resultados satisfactorios. En una segunda fase, se optó por el tratamiento fisioterapéutico y la utilización de soportes plantares los cuales no dieron el resultado deseado, siendo la última opción las infiltraciones de corticosteroides.

En la anamnesis, la paciente comenta que presenta dolor en la zona del talón, que se intensifica tras periodos de reposo y que esta siendo tratada por su endocrino para la pérdida de peso, ya que presenta un I.M.C de 35.16 Kg/m² considerándose este dato como obesidad moderada, sin otro dato de interés relevante. A la palpación del recorrido de la fascia plantar y en su inserción posteromedial del calcáneo la paciente refiere dolor. En la exploración biomecánica se llega a un diagnóstico de pie plano-valgo. Por último se realiza radiografía simple en la que se observa espolón de calcáneo.(fig. 1)



Figura 1.

Tras la exploración, se le comenta a la paciente la realización de unos soportes plantares para la corrección funcional de su pie de forma que se pueda relajar la fascia, al igual que se le insta a que siga tratamiento con su endocrinólogo para la pérdida de peso. Tras esto, la paciente se niega a aceptar el tratamiento ortopodológico aunque seguirá el plan de adelgazamiento impuesto por su especialista.

Ante esta actitud por parte de la paciente, y viendo que esta patología empieza a hacer mella en su vida social y afecta a su estado psicológico, optamos por proponerle la intervención quirúrgica, lo cual la mujer acepta con agrado y gran esperanza.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Se realiza el protocolo prequirúrgico y firma del consentimiento, en el que se explica a la paciente las posibles complicaciones de dicha intervención. La técnica a utilizar es por mínima invasión, liberación de la fascia plantar en sus 2/3 mediales y osteotripsia manual siempre con control fluoroscópico hasta finalizar la intervención. (fig. 2) La cirugía transcurre sin ningún incidente a destacar y con control RX una vez finalizada. (fig.3)



Figura 2.



Figura 3.

A las 48h. se realiza la primera cura en la que no se observa sangrado ni signo patológico. La paciente no refiere síntoma o dolor alguno. En las curas sucesivas no se observa ningún síntoma, dando el alta al paciente a los 40 días de la intervención.

Pasados 7 días del alta quirúrgica, la paciente vuelve a nuestra consulta con dolor en zona del talón, realizamos RX y observamos una fractura de calcáneo. Optamos por un tratamiento conservador con bota corta de yeso durante seis semanas. Tras este periodo de tiempo se inicia lentamente la actividad: deambulación controlada con ayuda de bastones.(fig. 4) En controles posteriores se observa una reducción de la fractura paulatina hasta su total curación tras la cual se da el alta.(fig. 5,6)



Figura 4.



Figura 5.



Figura 6.

DISCUSIÓN

Casi un 10% de las patologías que se presentan en nuestras consultas son por fascitis plantar. Los procesos terapéuticos para la fascitis plantar son muy variados, al igual que su efectividad, pero existe consenso en que los tratamientos conservadores son efectivos en el 90% de los casos en periodos de 6 a 12 meses. Solo en los casos en el que el tratamiento conservador ha sido ineficaz, se puede optar por la cirugía, en la que varios estudios realizados, presentan unos resultados satisfactorios en un 90% de los casos. No obstante, podemos encontrarnos con situaciones no previstas tras la intervención, que junto al sobrepeso, pueden dar lugar a una fractura espontánea de calcáneo como en el caso presentado. La literatura encontrada no aporta datos sobre la incidencia de dicha fractura, pero si hace referencia que es una de las complicaciones tras una intervención de espolón, en casos de sobrepeso y en pacientes con osteoporosis. No con esto se pretende desaconsejar la intervención de la fascitis plantar y la eliminación del espolón, que aunque no generador de molestias, si es un factor psicológico a tener en cuenta. Lo que se pretende al presentar este caso, es dar a conocer otra de las posibles situaciones en las que nos podemos encontrar tras una fasciectomía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torrijos, A.; Abián-Vicén, J.; Abián, P.; Abián, M. (2009). Plantar fasciitis treatment. *Journal of Sport and Health Research*. 1 (2):123-131.
2. Prieto, R.; Prieto, J.M. Fascitis plantar: diagnóstico y tratamiento. *Revista Española de Podología* 2003;14(6):272-278.
3. Apóstol-González S.; Herrera J. Cirugía percutánea en fascitis plantar por espolón calcáneo. *Acta Ortopédica Mexicana* 2009; 23(4): Jul.-Ago: 209-212.
4. Rodríguez Blanco C, Ojeda León H, Ochoa Ochoa C. Hallazgos anatomopatológicos en el periostio del espolón calcáneo. *Rev Cubana Ortop Traumatol* 2002;16(1-2):82-5.
5. Manoli A 2nd, Harper MC, Fitzgibbons TC, McKernan DJ. Calcaneal fracture after cortical bone removal. *Foot Ankle*. 1992 Nov-Dec;13(9):523-5.
6. Guerrero, A.; Benhamú, S.; Martínez, L.; Fernández, L.; Domínguez, G.; García de la Peña, R.; Fractura de Calcáneo. A propósito de un caso. *Revista Española de Podología*. 2004; 15(3):142-146.
7. Mateos, P.: Fascitis plantar: caso clínico. *Revista Internacional de Ciencias Podológicas* Vol. 1, Núm. 1, 2007, 35-38