

Neuroma intermetatarsiano

Intermetatarsal Neuroma

KAISER PERMANENTE MEDICAL CENTER, SANTA ROSA

Departamento de Cirugía de Pie y Tobillo / Department of Foot and Ankle Surgery

Un neuroma intermetatarsiano (también llamado neuroma de Morton) es una enfermedad muy común que por lo general afecta la parte inferior del empeine y los dedos del pie.

Un neuroma intermetatarsiano es un nervio irritado agrandado que pasa cerca de la parte inferior del pie entre dos huesos metatarsianos y termina en dos dedos del pie adyacentes. La ubicación más común en la que se forma un neuroma es entre las bases del tercer y del cuarto dedo del pie. Un neuroma también puede formarse entre las bases del segundo y del tercer dedo del pie, pero es menos común. Los neuromas raramente se forman entre el cuarto y el quinto dedo del pie o entre el primer y el segundo dedo del pie.

La causa principal de un neuroma es el desgaste. El nervio intermetatarsiano está sujeto a compresión y pinzamiento porque pasa por un espacio reducido entre el área ampliada de dos huesos metatarsianos, un ligamento arriba del nervio y el suelo que está abajo. Después de años de aumento de actividad que se realiza de pie o con tacones o zapatos apretados, el nervio puede irritarse. También puede irritarse una bolsa que está al lado del nervio. La compresión repetitiva del nervio por todas estas fuerzas puede hacer que el nervio se espese. A su vez, el nervio espesado se comprime con mayor facilidad, lo cual crea un ciclo de compresión, irritación y más espesamiento.

Los síntomas que experimentan los pacientes con neuromas pueden variar. El tipo de dolor puede ser agudo, punzante, ardiente o parecido a un dolor de muelas. O bien, el paciente puede sentir adormecimiento o una sensación de estar caminando sobre un calcetín enrollado. Los síntomas pueden sentirse debajo del empeine, en los dos dedos del pie adyacentes, o en ambos. Sin embargo, los síntomas siempre se experimentan en la parte inferior del empeine y de los dedos. Los pacientes se darán cuenta de que el dolor empeora con el aumento de actividades que implican soportar peso e inclinarse en el empeine (como caminar, sobre todo cuesta abajo, correr y hacer sentadillas). Generalmente, el dolor empeora cuando se tienen puestos los zapatos y se alivia al quitarse los zapatos y descansar.

El diagnóstico del neuroma intermetatarsiano generalmente se hace fácilmente con un cuidadoso examen físico y del historial. Por lo general, los rayos X no ayudan a hacer el diagnóstico, ya que el neuroma intermetatarsiano no aparece en los rayos X. Hacerse pruebas especiales como una RMN es simplemente innecesario. Los imitadores de los neuromas incluyen la metatarsalgia (especialmente el síndrome del estrés del segundo metatarsiano) y el síndrome del túnel tarsiano.

El tratamiento no quirúrgico de los neuromas intermetatarsianos puede ser muy efectivo. Este tratamiento debe ser integral y continuo hasta que el dolor haya desaparecido por al menos 2 meses. El éxito del tratamiento no quirúrgico de los neuromas intermetatarsianos puede predicirse por la duración de los síntomas y el tamaño del neuroma que esté examinándose. Generalmente, los neuromas más grandes son aquellos que han estado causando síntomas durante un periodo de tiempo más largo y son más resistentes al tratamiento no quirúrgico.

¿Qué puedo hacer para cuidarme?

Debe usar la mayor cantidad posible de estos tratamientos al mismo tiempo:

- Use zapatos adecuados. Los zapatos deben tener un ancho de empeine y una puntera amplios. Los zapatos deben estar acolchados. No debe usar tacones altos.
- Añada una plantilla acolchada a su zapato. Se recomiendan las siguientes opciones: berry Superfeet (plantillas de color rosa, específicas para mujeres), orange Superfeet (de color naranja, específicas para hombres) o DMP Superfeet. Usted puede comprar estos artículos en la tienda Depot Store (ubicada en la recepción del Departamento de Cirugía de Pie y Tobillo).
- Use una almohadilla metatarsiana de gel de silicona (con anillo de sujeción para el dedo del pie). Puede comprar este artículo en la tienda Depot Store (ubicada en el área de recepción del Departamento de Cirugía de Pie y Tobillo).
- Haga ejercicios de estiramiento de la pantorrilla de 30 a 60 segundos por pierna al menos dos veces al día. (Párese a un brazo de distancia de la pared, de frente a ella. Apóyese en la pared, dé un paso adelante con una pierna y deje la otra pierna detrás. La pierna que queda atrás es la que debe estirar. Debe mantener la rodilla de la pierna estirada recta [sin doblar] y los dedos rectos y apuntando a la pared. Estire hacia adelante hasta sentir tensión en la pantorrilla. Mantenga esta postura sin moverse mientras cuenta de 30 a 60 segundos. Repita el estiramiento en la otra pierna.)
- Modifique sus actividades. (Evite hacer sentadillas, caminar de puntas, caminar cuesta abajo y usar tacones. Disminuya el tiempo que pasa de pie, caminando o haciendo ejercicio que ponga carga en sus empeines. Transforme el ejercicio de alto impacto en ejercicio de bajo impacto: practicar ciclismo, nadar y correr en la alberca son alternativas aceptables.)
- Coloque hielo en el área adolorida entre 15 y 20 minutos por lo menos de 2 a 3 veces por día, en especial durante la tarde. (Opción A: llene un vaso de papel o unícel con agua y congélela. Retire la punta del vaso antes de la aplicación. Masajee el área afectada de 15 a 20 minutos. Opción B: descanse el área afectada sobre una compresa de hielo de 15 a 20 minutos. PRECAUCIÓN: EVITE UTILIZAR HIELO SI TIENE PROBLEMAS DE CIRCULACIÓN O SENSIBILIDAD.)
- Utilice un medicamento antiinflamatorio oral. (Le recomendamos ibuprofeno, que se puede comprar sin receta. Tome tres comprimidos de 200 mg, tres veces al día con las comidas [desayuno, comida y cena]. Para obtener el efecto antiinflamatorio adecuado, mantenga este patrón de dosificación durante al menos 10 días. Deje de tomar el medicamento si se presentan efectos secundarios, los cuales incluyen, entre otros: malestar estomacal, salpullido, hinchazón o cambio en el color de las heces. SI USTED TOMA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS, NO TOMA IBUPROFENO: CUMADINA, PLAVIX O ALGÚN OTRO MEDICAMENTO ANTIINFLAMATORIO ORAL DE VENTA CON RECETA O SIN RECETA. SI USTED TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES, NO TOMA IBUPROFENO: DEFICIENCIA O ENFERMEDAD RENAL, ÚLCERA DUODENAL O ESTOMACAL, DIABETES MELLITUS, TRASTORNO DE LA COAGULACIÓN.)
- Visite a su médico si no ha respondido al régimen anterior después de haberlo aplicado durante tres meses.

¿Qué puede hacer mi médico?

- Administrarle inyecciones de cortisona. (Aplicar inyecciones de cortisona es un modo potente de reducir la inflamación y acelerar el proceso de recuperación. La cortisona no reemplaza la necesidad de usar zapatos que brinden soporte, plantillas o aparatos ortopédicos, estiramiento de pantorrillas y otras medidas físicas. Por lo general, la cortisona se inyecta cada 2 meses hasta que la enfermedad se resuelva o hasta que se hayan aplicado 3 inyecciones, lo que suceda primero. Los riesgos de las inyecciones de cortisona para los neuromas intermetatarsianos incluyen, entre otros: aumento del dolor durante 24 a 72 horas después de la inyección, atrofia de la almohadilla adiposa, despigmentación de la parte superior del empeine, debilitamiento de los ligamentos de las articulaciones adyacentes con posible dislocación e infección. Los efectos secundarios sistémicos de este tipo de inyecciones se presentan muy rara vez.)
- Administrar inyecciones de un agente esclerosante. (Ocasionalmente se usa la inyección de una solución del 4% de alcohol en casos resistentes como alternativa a las inyecciones de cortisona. La meta es "insensibilizar" el nervio de manera permanente con la solución del 4% de alcohol. Por lo general, las inyecciones se administran a intervalos de 2 a 4 semanas. El alivio se puede lograr con 1 a 5 inyecciones. Los riesgos incluyen, entre otros: aumento del dolor, ya sea temporal o permanente; infección; rigidez de las articulaciones; inflamación del hueso, de la articulación o del tendón; y úlceras en la piel.)
- Recetarle fisioterapia. (El ultrasonido y la terapia de corriente eléctrica interferencial pueden ser métodos útiles para reducir la inflamación.)
- Agregar almohadillas metatarsianas a sus plantillas o aparatos ortopédicos.
- Remitirlo para que ordene aparatos ortopédicos o plantillas hechos a la medida. (Los aparatos ortopédicos hechos a la medida no forman parte de los beneficios cubiertos por el plan de salud. Sin embargo, los aparatos ortopédicos hechos a la medida están disponibles en el centro Kaiser Permanente Santa Rosa a través de una cuota por el servicio de base proporcionado por un proveedor que no pertenece a Kaiser Permanente. Actualmente, la cuota es de \$275 dólares.)
- Realizar una cirugía. (La cirugía implica operar desde la parte superior del empeine para llegar al nervio cerca de la parte inferior del empeine. El nervio se retira completamente y deja un adormecimiento permanente entre los dos dedos del pie adyacentes. Normalmente se usa anestesia general. La cirugía por lo general es ambulatoria. Puede caminar apoyándose sobre el pie después de la cirugía usando un zapato especial postoperatorio. A pesar de que puede caminar apoyando el pie después de la cirugía, se recomienda que tenga un reposo total y que eleve el pie durante al menos las primeras dos semanas después de la cirugía. La recuperación total tarda 2 meses en el 50% de las personas, pero puede llevar hasta un año en el otro 50% de la gente. Según el material publicado, el índice de éxito es de aproximadamente 70%. Alrededor del 25% mejora, pero aún presenta algunos problemas. Cerca del 5% no presenta mejoría ni empeora. Los riesgos incluyen, entre otros: infección, neuroma recurrente o neuroma de amputación, curación tardía de la incisión, formación de quistes, recuperación prolongada, alivio parcial del dolor, ausencia del alivio del dolor, empeoramiento del dolor, dolor recurrente y disfunción de la circulación o pérdida de los dedos del pie adyacentes.)