

Fascitis plantar

Plantar Fasciitis

KAISER PERMANENTE MEDICAL CENTER, SANTA ROSA

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

La fascitis plantar es una enfermedad muy común que afecta con más frecuencia al talón (aproximadamente en un 80% de los casos), y ocasionalmente al arco, o incluso a ambos.

Los pacientes con fascitis plantar del talón se quejan con frecuencia de dolor punzante en la parte inferior del talón, mientras que quienes padecen fascitis plantar del arco se quejan con frecuencia de una sensación de ardor o desgarre en el arco. El dolor puede ir de leve a muy severo y puede causar una discapacidad. El dolor es más notorio en dos situaciones: 1) al dar los primeros pasos después de haber estado dormido o sentado por un largo tiempo (llamado dolor postestático) y 2) al estar de pie o caminar por un largo tiempo.

La fascia plantar es una estructura fuerte parecida a un ligamento que abarca desde la unión con la parte inferior del talón hasta el antepié. Debido a su posición y fuerza, la fascia plantar ayuda a dar soporte al arco del pie. A causa de su estructura, la fascia plantar no es muy elástica, y es un tanto rígida.

Por lo general, la fascitis plantar no es provocada por una sola lesión, sino por una sobrecarga en la fascia plantar que aumenta poco a poco. La sobrecarga crónica en la fascia plantar desarrolla con el tiempo una lesión parecida a un desgarre en la fascia plantar (usualmente cerca de donde se une al talón), o la aleja de su unión con el talón. Esta lesión similar a un desgarre también puede aparecer en el arco. El resultado de la lesión es una inflamación de la fascia plantar en el área de la lesión. La lesión y la inflamación empeoran con frecuencia debido a que se realiza actividad continua sin protección.

La causa de la sobrecarga crónica normalmente es una combinación de factores que pueden tensar excesivamente las estructuras de apoyo del arco (que incluye la fascia plantar). Estos factores pueden incluir: sobrepeso, rigidez en el músculo de la pantorrilla, estar parado o caminar por mucho tiempo, usar zapatos con un soporte inadecuado del arco y sobrecarga por ejercicio. El problema puede estar asociado con una pronación excesiva de los pies (pies planos). Sin embargo, la enfermedad también puede aparecer en pies con un arco alto y una fascia plantar muy estrecha.

Con frecuencia, los pacientes se preocupan innecesariamente por tener el tan mencionado "espolón del talón". No es poco común que un hueso se prolongue a lo largo de la superficie de la fascia plantar, de forma paralela al suelo. Sin embargo, es raro que un "espolón", si acaso existiera, fuera la causa del dolor del paciente. Sólo en cerca del 60% de los casos, los rayos X indican que hay un "espolón" en los pacientes que tienen dolor de talón. Los rayos X de casi el 40% de los casos de pacientes que nunca han sentido dolor de talón indican que hay un "espolón". Pensar que la causa del dolor es caminar sobre un "espolón" que sobresale hacia abajo (aunque se sienta así) es una idea equivocada. En resumen, la presencia o ausencia de un "espolón" no influye en la elección o el resultado del tratamiento.

El tratamiento de la fascitis plantar debe ser integral y continuo hasta que el dolor haya desaparecido por al menos 3 meses. En otras palabras, es mejor que se practiquen varios tratamientos al mismo tiempo que intentar con una sola opción y después probar otra. La solución a esta afección lleva tiempo, a veces de 3 a 12 meses, por lo que se debe ser perseverante con los tratamientos. La regla que debe aplicarse en este caso es que se debe continuar con los tratamientos hasta que el dolor haya desaparecido por 3 meses.

¿Qué puedo hacer para cuidarme?

Primero revise la sección: Managing Your Heel Pain (Cómo manejar su dolor de talón).

Visite: mydoctor.kaiserpermanente.org/ncal/mdo/presentation/heelpain/

Muchos de nuestros pacientes han encontrado en este programa educativo por Internet de 12 minutos algo de ayuda para entender qué causa el dolor de talón, lo que pueden hacer para aliviar el dolor y cómo evitar que vuelva.

Este programa es sencillo y fácil de usar; además, puede verlo desde su hogar, en el Centro de Educación para la Salud o dondequiera que haya acceso a Internet de alta velocidad. Puede ver el programa las veces que quiera y compartirlo con sus amigos y familiares. El programa le brindará muchas sugerencias sobre cómo manejar esta enfermedad común usted mismo.

Después, debe usar la mayor cantidad posible de estos tratamientos al mismo tiempo:

- Use zapatos que ofrezcan un buen soporte.
- Añada un buen soporte para el arco o una plantilla a su zapato. La siguiente opción es la recomendada: Green Superfeet. Puede comprar este artículo en la tienda Depot Store (ubicada en el área de recepción del Departamento de Cirugía de Pie y Tobillo).
- Evite pararse o caminar descalzo o con zapatos que no ofrezcan soporte, como pantuflas o sandalias. (En lugar de eso, debe pasar el mayor tiempo diario posible con zapatos que brinden soporte con plantillas Superfeet).
- 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 recta la rodilla de la pierna estirada (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.)
- Baje de peso.
- Modifique sus actividades. (Disminuya el tiempo que pasa de pie, caminando o haciendo ejercicio que ponga carga en sus pies. Transforme el ejercicio de alto impacto en ejercicio de bajo impacto: practicar ciclismo, nadar y correr en la alberca son alternativas aceptables.)
- Use una férula en las noches mientras duerme. Esta férula mantiene su fascia plantar estirada mientras duerme al mantener su pie a 90 grados de su pierna. Puede comprar una férula nocturna Johnson and Johnson en la tienda Depot Store (ubicada en la recepción del Departamento de Cirugía de Pie y Tobillo).
- Véndese los pies con cinta. Existen buenos videos instructivos en línea (busque la técnica de vendaje con cinta para fascitis plantar). Puede comprar la cinta Kinesio Tex Gold en la tienda Depot Store (ubicada en la recepción del Departamento de Cirugía de Pie y Tobillo).
- Coloque hielo en el área adolorida por 15 a 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 unicel con agua y congélela. Retire la punta del vaso antes de la aplicación. Masajee el área afectada de 15 a 20 minutos. Opción B: llene una botella de plástico pequeña de 2 a 3 pulgadas de diámetro con agua y congélela. Frote el talón y arco de su pie hacia atrás y adelante con la botella de 15 a 20 minutos. Opción C: 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, debe mantener 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 ELLA. 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. (La inyección de cortisona es una manera 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 supera o hasta que se hayan aplicado 3 inyecciones, lo que suceda primero. Los riesgos de las inyecciones de cortisona para tratar la fascitis plantar son: aumento del dolor en un lapso de 24 a 72 horas después de la aplicación [30%], ruptura de la fascia plantar [<1%], infección [<0.1%] y atrofia de la almohadilla del tejido graso del talón [<0.1%]. Los efectos secundarios sistémicos de este tipo de inyecciones se presentan muy rara vez.)
- Recetarle fisioterapia. (El ultrasonido y la terapia de corriente eléctrica interferencial pueden ser métodos útiles para reducir la inflamación.)
- 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.)
- Ponerle un yeso. (El yeso se aplica desde abajo de la rodilla hasta los dedos del pie durante seis semanas generalmente. Se recomienda al paciente usar muletas en lugar de apoyar su peso en el pie mientras tenga puesto el yeso. Ocasionalmente, se aplicará una inyección de cortisona justo antes de colocar el yeso.)
- Realizar la cirugía. (La cirugía incluye despegar la fascia plantar del talón. Normalmente se usa anestesia general o raquídea. La cirugía por lo general es ambulatoria. Se usa un yeso debajo de la rodilla para caminar durante 3 semanas, seguido de un yeso removible para caminar hasta que se puedan volver a usar zapatos con comodidad. La recuperación toma entre 4 y 12 meses. El índice de éxito es casi de un 70%. Alrededor del 25% mejora, pero aún presenta algunos problemas. Cerca del 5% no presenta mejoría ni empeora. Los riesgos incluyen, entre otros: infección, nervios atrapados o dañados, recuperación prolongada, alivio parcial del dolor, ausencia de alivio del dolor, empeoramiento del dolor, dolor recurrente, arco bajo y dolor de pinzamiento de la articulación en la parte superior del pie. Se recomienda que los pacientes a quienes se les practique esta operación usen aparatos ortopédicos para el pie de forma continua después de la cirugía.)