

Coalición tarsiana

Tarsal Coalition

KAISER PERMANENTE MEDICAL CENTER, SANTA ROSA

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

Una coalición tarsiana es una conexión anormal entre dos huesos en las partes media y trasera del pie. El término **tarsiana** se refiere al nombre que se usa para el grupo de huesos que se encuentra en las porciones media y trasera del pie. El término **coalición** se refiere a la conexión, unión o puente anormal entre dos de los huesos.

Los huesos tarsianos afectados con más frecuencia son el hueso del talón (calcáneo) y los huesos que se encuentran cerca del tobillo (astrágalo y navicular). Las dos coaliciones más comunes son la astragalocalcánea (entre el astrágalo y el calcáneo) y la calcaneonavicular (entre el calcáneo y el navicular). Aunque las coaliciones tarsianas pueden suceder entre cualquier conjunto de dos o más huesos, todas son mucho menos comunes que las coaliciones astragalocalcánea y la calcaneonavicular.

Las coaliciones pueden involucrar una conexión anormal ósea (sinostosis), de cartílago (sincondriosis), fibrosa (sindesmosis) o combinaciones de estos tipos. La extensión que puede abarcar la conexión anormal puede ser mínima o llegar a ser considerable, e incluso puede tomar el lugar que normalmente ocupa una articulación.

Las coaliciones tarsianas son congénitas (están presentes desde el nacimiento) en aproximadamente el 1% de la gente y pueden afectar sólo uno o ambos pies. Sin embargo, es posible que el dolor ocasionado por una coalición tarsiana no se presente sino hasta la adolescencia o después. Algunos individuos que sufren de coalición tarsiana no experimentan dolor.

La conexión anormal entre dos huesos con coalición tarsiana evita lo que de otra forma sería el movimiento normal entre dos o más huesos. En consecuencia, en un pie afectado por la coalición tarsiana, la parte media o posterior del pie están rígidas. Mientras una persona crece, la conexión anormal se vuelve más ósea y tiesa, por lo que el dolor de una coalición tarsiana se presenta normalmente durante la adolescencia (cuando los huesos del pie terminan su formación ósea) o después. Debido al movimiento restringido entre dos huesos que están afectados por una coalición tarsiana, las articulaciones alrededor de la coalición presentan una deficiencia en funcionamiento y pueden desarrollar una artritis degenerativa dolorosa mientras la persona crece. En algunos casos, una lesión puede interferir y agravar una coalición tarsiana que no haya presentado dolor anteriormente.

Una persona que tiene coalición tarsiana normalmente tiene pie plano en el pie afectado por la coalición tarsiana. El dolor se presenta generalmente justo debajo del área del tobillo y empeora con actividades en las que haya que cargar algún peso. En algunos casos, los músculos en la parte exterior de la pierna presentarán espasmos.

Las coaliciones tarsianas frecuentemente se diagnostican de manera sencilla mediante un examen y radiografías estándar (rayos X). Sin embargo, también se pueden usar técnicas especiales de imágenes diagnósticas (como tomografías computarizadas o resonancias magnéticas nucleares [RMN]) para confirmar el diagnóstico y determinar tanto el grado de la coalición (conexión anormal) como si existe alguna enfermedad articular degenerativa en las articulaciones cercanas.

El tratamiento no quirúrgico se indica para permitir que la persona afectada por una coalición tarsiana viva sin dolor, pero no corrige la mala alineación que existe en el pie. Se puede realizar una cirugía para remover la conexión anormal, pero su éxito depende de varios factores, como la edad de la persona, el grado de la conexión anormal y si existe artritis degenerativa en las articulaciones cercanas o no. Cuando el resultado esperado de la eliminación de la conexión anormal (la resección de la coalición) no es positivo, se realiza la fijación quirúrgica de los dos huesos involucrados.

Opciones de tratamiento no quirúrgico:

- Use zapatos apropiados: los zapatos deben ofrecer apoyo: los zapatos deben cubrir el tobillo y las botas funcionan mejor. Evite usar sandalias y andar descalzo.
- Aparatos ortopédicos: los aparatos ortopédicos son necesarios con frecuencia para reducir la tensión y el movimiento que afectan la coalición con las actividades diarias. Las opciones incluyen:
 - Aparatos ortopédicos 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, tenemos aparatos ortopédicos hechos a la medida en el Departamento de Cirugía de Pie y Tobillo que están disponibles mediante el pago de una cuota por el servicio. El cargo actual es de \$275.
 - Tobillera para pie y tobillo hecha a la medida** (AFO [ankle-foot orthotic, aparatos ortopédicos para pie y tobillo]). Estas tobilleras hechas a la medida son más restrictivas que los aparatos ortopédicos para pie y generalmente son más efectivas. También son más abultadas que los aparatos ortopédicos para pie. La tobillera está hecha para el lado afectado. Kaiser Permanente normalmente paga el 80% del costo de las AFO.
- Inmovilización con yeso. Aplicar un yeso al miembro afectado puede permitir que el lugar donde se encuentra una coalición agravada se libere del dolor. Después de liberarla del dolor, generalmente se trata a la persona con aparatos ortopédicos para limitar aún más la tensión y el movimiento que las actividades diarias producen en el lugar de la coalición. El yeso se aplica desde abajo de la rodilla hasta los dedos del pie durante 2 semanas o más generalmente.
- 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; ejercitarse en una bicicleta fija, nadar y correr en la alberca son alternativas aceptables.
- Pérdida de peso. Perder peso puede disminuir la tensión en el lugar de la coalición.
- Haga ejercicios de estiramiento de la pantorrilla de 30 a 60 segundos por pierna al menos dos veces al día. Algunas veces se puede presentar rigidez en la pantorrilla. De ser así, habrá tensiones anormales sobre el lugar de la coalición. Párese a un brazo de distancia de la pared, de frente a ella. Apóyese en la pared, dé un paso adelante con una pierna, 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.
- Su médico puede aplicarle inyecciones de cortisona en el área de la coalición. Aplicar inyecciones de cortisona es un modo potente de reducir la inflamación y el dolor asociados con la coalición. En algunos casos, el médico puede combinar la inyección con la inmovilización con yeso. Los riesgos de las inyecciones de cortisona en las coaliciones tarsianas incluyen, entre otros: aumento del dolor en las 24 a 72 horas siguientes después de aplicar la inyección, despigmentación en el área de la inyección, debilitamiento del cartílago en la articulación, avance de la degeneración e infección. Los efectos secundarios sistémicos de este tipo de inyecciones se presentan muy rara vez.
- 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 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.
- Aplique hielo en el área adolorida de 15 a 20 minutos, al menos 2 ó 3 veces al día. Opción A: llene un vaso de papel o unicele con agua y congélela. Retire la punta del vaso antes de la aplicación. Masajee el área afectada de 15 a 20 minutos. Opción B: aplique una compresa de hielo de 15 a 20 minutos. PRECAUCIÓN: EVITE UTILIZAR HIELO SI TIENE PROBLEMAS DE CIRCULACIÓN O SENSIBILIDAD.
- Fisioterapia. (El ultrasonido y la terapia de corriente eléctrica interferencial pueden ser métodos útiles para reducir el dolor y la inflamación.)

Opciones de tratamiento quirúrgico:

- La cirugía de coaliciones tarsianas puede dividirse en dos categorías: resección de la coalición (extirpación de la conexión anormal) o fijación (artrodesis). La decisión de realizar la resección o la fijación es totalmente personal, pero se basa con frecuencia en una variedad de factores, que incluyen la edad de la persona, el grado de la conexión entre los huesos tarsianos y si existe artritis degenerativa en las articulaciones cercanas o no. Es más factible que se pueda remover la coalición entre menos edad tenga el paciente y menor sea el grado de la coalición, y si hay una falta relativa de artritis degenerativa en las articulaciones cercanas. Ambas opciones pueden combinarse con procedimientos para alinear el pie o mejorar el resultado a largo plazo de la cirugía. Ambas opciones requieren anestesia general o espinal. Ambas opciones podrían requerir de una hospitalización de 1 a 3 días después de la cirugía.
- La cirugía de resección intenta aliviar el dolor al retirar la conexión anormal entre los dos huesos tarsianos y regresar la movilidad entre los huesos. Este procedimiento puede requerir usar un yeso después de la cirugía o no. El tiempo de recuperación puede tomar de 6 a 12 meses. El éxito del procedimiento de resección no puede garantizarse y depende de varios factores, que incluyen la edad de la persona, el grado de la conexión entre los huesos tarsianos y si existe artritis degenerativa en las articulaciones cercanas o no. Los riesgos incluyen, entre otros, infección, nervio atrapado o lesionado, retraso en la recuperación o en la curación, problemas de cicatrización o sanación de la herida, alivio parcial del dolor, falta total de alivio, empeoramiento del dolor, dolor recurrente, atrofia de la pantorrilla, recurrencia de la coalición, rigidez, artritis, cojera, restauración parcial del arco, dependencia continua de aparatos ortopédicos y necesidad de un proceso futuro de fijación, si el procedimiento falla.
- La fijación en las partes posterior o media del pie (artrodesis) intenta aliviar el dolor al fijar completamente las articulaciones que presentan dolor y que están asociadas a la coalición. Normalmente, la articulación del tobillo no participa en la fijación, por lo que no se elimina el movimiento de arriba a abajo del tobillo. Se usa un yeso por debajo de la rodilla por 3 meses. Los primeros dos meses requieren que no cargue peso en absoluto, mientras que durante el tercer mes sí se permite. La recuperación toma entre 6 y 12 meses. El índice de éxito es de casi un 80%. Alrededor del 15% mejora, pero aún presenta algunos problemas. Cerca del 5% no presenta mejoría ni empeora. Los riesgos incluyen, entre otros: recuperación lenta o ausencia de ella en el lugar de la fijación, infección, nervio atrapado o lesionado, lesiones de tendón, problemas de sanación de las heridas o de cicatrización, recuperación prolongada, alivio parcial del dolor o ningún alivio del dolor, empeoramiento del dolor, cojera, inflamación crónica y transferencia del dolor, callosidades o artritis en otras áreas del pie o tobillo.