

CIERRE DE DISCUSION

Dr. Héctor P. Piedrabuena: Le contesto al comentador que he considerado la posibilidad, en uno de los casos presentados, de

utilizar una prótesis no convencional, lo cual no pudo ser posible por invasión tumoral del aparato extensor.

Por otro lado, agradezco el comentario del Dr. José R. Valls.

ISSN 0325-1578

Rev. Asoc. Arg. Ortop. y Traumatol., Vol. 56, Nº 2, pág. 205-212

7ª Sesión Ordinaria (Tucumán) (14/6/1991)

Talalgia posterior

Dres. MARCOS WAISSMANN*, ARIEL F. WAISSMANN y Téc. Ortop. MIGUEL PIRAINO

Resumen: *Basados en considerar que el problema fundamental de la "talalgia posterior" es un conflicto entre "el talón y el zapato", se analizan los factores que influyen por parte del calzado y los elementos anatómicos del talón que participan en el mismo.*

El tratamiento se basa en tres pilares: 1) sintomático, 2) suprimir el conflicto "talón-zapato" y 3) aliviar la tensión del sistema "aquileo-calcáneo-plantar".

Se fundamenta por qué consideramos muy importante el tratamiento preventivo.

Summary: *We consider that the "posterior heel pain" is due to a conflict between the heel and the shoe and we analyse the main factors associated with the shoe and the anatomic elements of the heel.*

The treatment is based on three points: 1) symptomatic treatment, 2) suppression of conflict "heel shoe" and 3) releasing the tension of the "aquileo-calcaneo-plantar" system.

The importance of the prophylactic treatment is explained in this report.

INTRODUCCION

Nuestro objetivo es hablar sobre una patología muy frecuente de ver y a la que no se le da la importancia que se merece.

En este trabajo dejamos aparte los procesos tumorales, infecciosos y traumáticos.

DEFINICION

La "talalgia posterior" es todo proceso doloroso que se localice en la zona delimitada por la horizontal que pasa por la punta del maléolo tibial y la línea que une su punto donde la corta la perpendicular que pasa por la cara posterior de la tibia, con el punto distal de inserción del Aquiles.

Esta zona está sometida a un gran estrés funcional y recibe microtraumatismos casi permanentemente y por ello posee ciertas características anatómicas que es importante destacar:

— **Tendón de Aquiles:** es el más poderoso de los tendones largos del pie, ya que la fuerza que transmite es superior a la suma de todos los otros tendones, y también es el más exigido en cuanto a función, ya que debe levantar el peso del cuerpo en la fase de despegue de la marcha.

— **La voluminosa prominencia ósea del**

* Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Francés, La Rioja 951, Buenos Aires.

calcáneo, que permite una amplia superficie de inserción del tendón.

— La **entesis del Aquiles**, que está sometida a una gran sobretensión por la función que debe cumplir el tendón.

— Numerosas **bolsas serosas** para disminuir la fricción.

— El **espacio preaquiliano** entre el tendón y las partes profundas, ocupado por un pelotón adiposo.

— Una **rica inervación** proporcionada por el nervio calcáneo, rama del tibial posterior.

Todos estos hechos anatómicos se comportan como una unidad funcional, que fuera descrita por Hoffman con el nombre de “sistema calcáneo de Haglung”.

Es interesante observar que, siendo una zona sometida a un intenso trabajo durante la marcha y fácilmente expuesta a los traumatismos, posee sin embargo una escasa cobertura cutánea, lo que provee una protección pobre a los elementos anatómicos descriptos.

La talalgia posterior es más frecuente de ver en la mujer y sobre todo en la adolescencia, siendo generalmente el resultado de un conflicto entre el calzado, por un lado, y la cara posterior del talón, por el otro.

El primer signo de este conflicto es la aparición de la callosidad o hiperqueratosis focalizada en la zona, que se forma como mecanismo de defensa de la piel para protegerse de la irritación excesiva o vesiculación.

El calzado es culpable cuando el contrafuerte tiene poca altura, o la altura es la adecuada pero su borde interno es agudo y/o está inclinado hacia adelante, hay costuras salientes, ausencia de una cobertura interna suave y delicada y le falta una perfecta adaptación a la forma anatómica del talón. A ello hay que sumar tres factores importantes: 1) es el taco muy alto, que provoca una mayor presión del borde libre del contrafuerte sobre las partes blandas; 2) el uso de un zapato que no sujete bien el antepié, ya que esto favorece que el talón tienda a descalzarse durante la marcha, y 3) que no tenga una suela flexible que permita el “quebre” a nivel de las metatarsofalángicas, ya que esto impide que el con-

trafuerte acompañe al talón en la fase de despegue.

Todos estos hechos mencionados conducen irremediablemente a un roce permanente entre el contrafuerte y el talón en la deambulación.

Por otra parte, el talón contribuye con seis items: 1) las bolsas serosas posteriores; 2) el tendón del triceps sural; 3) la entesis del Aquiles; 4) el núcleo de osificación posterior del calcáneo; 5) las anomalías morfológicas del calcáneo, y 6) el extremo posterior del astrágalo.

La conocida “aquilodinea”, consistente en la tumefacción dolorosa del extremo distal del Aquiles, que a veces se acompaña de enrojecimiento y marcada sensibilidad en su punto de inserción, no es una “entidad” sino un “síntoma” de diferentes causas.

Veamos ahora en detalle cada uno de los seis factores predisponentes por parte del talón posterior.

1) Bolsas serosas (bursitis)

Existen varias bolsas serosas en la zona, cuya inflamación por roce o microtraumatismos repetidos provoca tumefacción y dolor.

Las bolsas serosas tienen la misión de proteger de los microtraumatismos a los elementos que tapizan, al mismo tiempo que garantizan sus deslizamientos con el mínimo de fricción.

La bolsa más conocida es la “preaquiliana”, que está situada entre el tendón de Aquiles y la tuberosidad mayor del calcáneo, a la que sobrepasa en su vértice entre 8 a 10 mm.

Además existen, término medio, cinco bolsas “retroaquilianas” que separan al tendón de la piel. Tres de ellas están colocadas verticalmente sobre la línea media posterior (situándose la superior a nivel de la preaquiliana) y una a cada lado de la bolsa inferior.

Clínicamente la bursitis se manifiesta por dolor y tumefacción localizados a nivel de la bolsa comprometida, dependiendo la magnitud de la sintomatología de si está en período agudo o crónico. A veces la

cronicidad conduce a una calcificación de la bolsa.

2) El tendón del tercer triceps sural (tenosinovitis)

La tenosinovitis del Aquiles generalmente es la consecuencia de microtraumatismos repetidos, como ocurre durante la flexión plantar del pie al presionar el tendón contra el borde libre del contrafuerte del zapato, o bien a bruscas distensiones, como sucede en los deportistas. Otras veces la inflamación es partícipe de una enfermedad sistémica.

Clínicamente se traduce por tumefacción fusiforme que sigue el trayecto de la pseudovaina, lo que es muy sensible a la presión. En las del tipo "seca" se percibe al deslizar el tendón un roce, como "cuero nuevo", y en las "serosas" se palpa una fluctuación. El apoyo o el esfuerzo contrarresistencia agrava el dolor a nivel de la pseudovaina, lo que lo diferencia del dolor provocado por la "distensión tendinosa" del esguince, ya que en tal caso el "punto gatillo" corresponde al lugar de su inserción en el calcáneo.

La tumefacción localizada y el dolor selectivo del tendón a la presión entre dos dedos por encima del calcáneo hacen el diagnóstico. Como métodos complementarios de diagnóstico se pueden utilizar la xerorradiografía, la ecografía, la teletermografía computada y la resonancia magnética.

La magnitud del cuadro clínico depende de si está en un estadio agudo o crónico, y la cronicidad a veces conduce a una calcificación del tendón.

3) La entesis del Aquiles (entesofito)

Las "entesis" son las inserciones de los tendones, ligamentos y cápsula articular en el hueso. Diversos términos fueron empleados para el cuadro nosológico que se desarrolla en esta área, tales como: tendinopatía de inserción, tendinosis, pseudo-periostitis y enfermedad de inserción, pero para Sit'aj y Niepel el nombre más adecua-

do es el de "entesopatías".

La entesis está constituida por: 1) la porción de fijación del tendón; 2) el área de fijación en el hueso que no está cubierta por periostio; 3) el cartílago hialino interpuesto; 4) el peritendón que se introduce en el pericondrio y el periostio, y 5) las estructuras adicionales, tales como: bolsas serosas, tejido fibroso y almohadilla de tejido adiposo vecino.

La "entesis" tiene un metabolismo muy activo y posee una rica inervación compuesta de varios tipos de terminales nerviosas.

Los microtraumatismos, particularmente aquellos que provocan tensiones repetidas en la "entesis", más allá de los límites de su capacidad para soportar las mismas, como ocurre por la tracción del Aquiles en los deportistas, hacen que algunas fibras tendinosas se rompan y disminuya la coherencia entre el cartílago y el hueso, provocándose como primer paso una "calcaneítis", que se traduce clínicamente por dolor y radiográficamente por irregularidad del borde posterior del calcáneo, que a veces se acompaña de microgeodas.

Este daño induce a la reparación biológica, y una característica de ésta es la calcificación por depósitos de cristales de hidroxipatita, conjuntamente con neoformación de tejido óseo; es decir, primero se calcifica y luego se osifica, pudiendo dejar como secuelas un borde posterior irregular, o bien formar lo que se llama el "entesofito", que es análogo al "osteofito" de la artrosis, y cuya forma está influenciada por la dirección de la tracción tendinosa. El "entesofito" desarrollado forma lo que conocemos como "espolón".

Como las espondiloartropatías seronegativas son las que frecuentemente favorecen la formación del "entesofito", hay que investigar su existencia buscando el marcador HLAB 27.

Clínicamente en el estadio agudo se manifiesta con dolor, tumefacción, calor y rubor a nivel de la inserción del Aquiles, pudiéndose confundir con un episodio agudo de gota. En los estadios subagudo y crónico sólo existe dolor localizado en la

