

# Neuroma intermetatarsiano / Intermetatarsal Neuroma

CENTRO MÉDICO DE SANTA ROSA

Departamento de Cirugía de Tobillo y Pie

Edificio Stein

Un neuroma intermetatarsiano (también llamado neuroma de Morton) es un problema muy común que afecta con más frecuencia la **parte inferior** del pulpejo del pie y los dedos del pie.

Un neuroma intermetatarsiano es un nervio irritado y agrandado que corre cerca de la parte inferior del pie, entre dos huesos metatarsianos y hacia dos dedos adyacentes. Sin duda, el sitio más común para un neuroma es entre las bases del tercer y cuarto dedos. Mucho menos común es que ocurra entre las bases del segundo y tercer dedos. Rara vez ocurre, si es que se presenta, entre el cuarto y quinto dedos o entre el primero y el segundo.

La causa principal del neuroma es el desgaste. El nervio intermetatarsiano está sujeto a compresión y pellizcos porque corre a través de un espacio estrecho entre el área más amplia de dos huesos metatarsianos, un ligamento por encima del nervio y el suelo por debajo. A través de los años, con cada vez más actividades en los pies o con zapatos de tacón alto o con zapatos apretados, el nervio se puede irritar. Una bolsa junto al nervio también se puede inflamar. La compresión repetida del nervio por parte de estas fuerzas diversas puede hacer que el nervio se engrose. A su vez, el nervio engrosado se puede comprimir con más facilidad, creando un círculo vicioso de compresión, irritación y mayor engrosamiento.

Los síntomas que sienten los pacientes que sufren del neuroma pueden variar. El carácter del dolor puede ser agudo y súbito, o percibirse como un ardor, o parecido a un dolor de muelas. Por otro lado, el paciente podría sentir adormecimiento o una sensación de caminar sobre un calcetín enrollado. Los síntomas se pueden sentir debajo del pulpejo del pie, o en los dos dedos adyacentes, o en los dos lugares. No obstante, los síntomas siempre se sienten en la parte inferior del pulpejo del pie y en los dedos de los pies. Los pacientes notarán que el dolor empeora con una mayor actividad que involucre sostener peso y flexionar el pulpejo del pie (como al caminar, especialmente si es cuesta abajo; correr o al ponerse en cuclillas). En general el dolor es peor con los zapatos puestos y mejora al quitarse los zapatos y descansar.

Usualmente, el diagnóstico de neuroma intermetatarsiano se hace fácilmente con un historial cuidadoso y un examen físico. En general, las radiografías no ayudan a hacer el diagnóstico, pues el neuroma intermetatarsiano no aparece en las radiografías. Las pruebas especiales como la MRI simplemente no son necesarias. Los imitadores de los neuomas intermetatarsianos incluyen la metatarsalgia (especialmente el síndrome del estrés del segundo metatarso) y el síndrome del túnel tarsiano.

El tratamiento no quirúrgico de los neuomas intermetatarsianos puede ser bastante eficaz. Esta forma de tratamiento debe ser completa y continua hasta que se resuelva el dolor por lo menos durante dos meses. El éxito del tratamiento no quirúrgico de los neuomas intermetatarsianos podría predecirse por la duración de los síntomas y el tamaño del neuroma cuando se examine. En general, los neuomas más grandes y los que han estado causando síntomas por un período de tiempo más largo son más resistentes a un tratamiento no quirúrgico.

## ¿Qué puedo hacer por mi cuenta?

Debe usar al mismo tiempo todos los tratamientos que pueda, de los siguientes:

- Use zapatos adecuados; deben tener suficiente anchura en el antepié y espacio para los dedos. Los zapatos deben contar con acolchonamiento. No debe usar tacones altos.
- Agregue una buena plantilla acolchonada al zapato. (Recomendamos las plantillas *ProLab PreFab*; las puede comprar en la *Depot Store* que se encuentra junto al Departamento de Cirugía de Tobillo y Pie).
- Haga ejercicios de estiramiento de la pantorrilla, de 30 a 60 segundos con cada pierna, por lo menos dos veces al día. (Póngase de pie a la distancia de su brazo de la pared, de frente a la pared. Inclínese hacia la pared, dando un paso al frente con una pierna y dejando la otra en su lugar. La pierna que se queda en su lugar es la que se estira. La pierna que se estira debe tener la rodilla recta (fija) y los dedos de los pies apuntando en línea recta a la pared. Estírese hacia adelante hasta que sienta la tensión en la pantorrilla. Sostenga la posición sin mecerse por un período de 30 a 60 segundos. Repita el estiramiento con la otra pierna).
- Modifique sus actividades. (Evite ponerse en cuclillas, pararse sobre las puntas de los pies, caminar cuesta abajo y usar tacones altos. Reduzca el tiempo que pasa de pie, caminando o haciendo ejercicio que aplique carga sobre el pulpejo del pie. Convierta el ejercicio de impacto en un ejercicio que no sea de impacto, como pasear en bicicleta, nadar y correr en una alberca, que son alternativas aceptables).
- Aplique hielo de 15 a 20 minutos en la zona que le duela, por lo menos dos a tres veces al día, especialmente en la noche. (Opción A: Llene con agua un vaso de papel o de icopor y congélelo. Desprenda el borde de arriba del vaso antes de aplicarlo. Dé masaje al área afectada de 15 a 20 minutos. Opción B: Descanse el área afectada sobre un paquete con hielo durante 15 a 20 minutos. **Precaución: Evite el uso del hielo si tiene problemas de circulación o de sensación.**)
- Tome un medicamento oral antiinflamatorio. (Recomendamos el ibuprofeno, de venta libre. Tome tres tabletas de 200 mg tres veces al día con comida, a la hora del desayuno, almuerzo y cena. Para obtener el efecto antiinflamatorio adecuado, tiene que mantener este patrón de dosis por lo menos durante 10 días. Deje de tomar el medicamento si percibe efectos secundarios, que incluyen, entre otros: estómago revuelto, sarpullido, inflamación o cambio en el color de las heces. **No tome ibuprofeno si toma alguno de los siguientes medicamentos: Coumadin, Plavix u otro medicamento antiinflamatorio oral recetado o de venta libre. No tome ibuprofeno si tiene alguno de los siguientes problemas de salud: enfermedades del riñón o insuficiencia renal, úlcera en el estómago o en el duodeno, diabetes mellitus, trastornos hemorrágicos.**)
- Si no responde al régimen anterior después de tres meses de aplicación, consulte a su médico.

## ¿Qué puede agregar mi médico?

- Darle inyecciones de cortisona. (La inyección de cortisona es un medio potente para reducir la inflamación y acelerar el proceso de recuperación. La cortisona no reemplaza la necesidad de usar zapatos de apoyo, aparatos ortóticos para el pie, estiramiento de las pantorrillas y otras medidas físicas. Usualmente, la cortisona se inyecta en intervalos de dos meses, hasta que el problema se resuelva o hasta que le hayan dado tres inyecciones, lo que ocurra primero. Los riesgos de las inyecciones de cortisona para los neuromas intermetatarsianos incluyen, entre otros: aumento de dolor dentro de las 24 a 72 horas después de la inyección, atrofia del cojinete graso, despigmentación de la parte superior del antepié, debilitamiento de los ligamentos de la articulación adyacente con una posible dislocación, e infección. Los efectos secundarios sistémicos de este tipo de inyección ocurren muy rara vez).
- Darle inyecciones de un agente esclerosante. (En ocasiones se inyecta una solución de alcohol al 4% en casos resistentes, o como una alternativa a las inyecciones de cortisona. La meta es "volver insensible" al nervio permanentemente con una solución de alcohol al 4%. Por lo general, las inyecciones se dan en intervalos de dos a cuatro semanas. Se puede obtener alivio con una dosis de una a cinco inyecciones. Los riesgos incluyen, entre otros: mayor dolor, ya sea temporal o permanente; infección; rigidez en las articulaciones; inflamación del hueso, la articulación o el 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 acolchonamientos para metatarso a las plantillas o aparatos ortóticos (también los puede comprar en la *Depot Store* al lado del Departamento de Cirugía de Tobillo y Pie).
- Remitirlo para que consiga aparatos ortóticos para el pie hechos a la medida. (Los aparatos ortóticos para el pie hechos a la medida no son un beneficio cubierto por el Plan de Salud de Kaiser Permanente. Sin embargo, están disponibles mediante el Departamento de Cirugía de Tobillo y Pie con una cuota por servicio).
- Hacer una cirugía. (La cirugía involucra operar desde la parte superior del antepié para llegar al nervio cerca de la parte inferior de esta zona. El nervio se remueve totalmente, dejando una insensibilidad permanente entre los dos dedos adyacentes. Usualmente se usa anestesia local. La cirugía se realiza como paciente ambulatorio. Después de la cirugía se le permite usar el pie para caminar si usa un zapato postoperatorio especial. Aunque puede usar el pie para caminar después de la cirugía, lo animamos a que tenga descanso total y elevación del pie durante las primeras dos semanas después de la cirugía, como mínimo. La recuperación es total en dos meses en el 50% de las personas, pero podría tomar hasta un año en el otro 50%. Los estudios indican un índice de éxito de aproximadamente 70%. Un 25% mejora, pero sigue teniendo algunos problemas. Cerca de 5% ni mejora 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 incompleto del dolor, no hay alivio del dolor, el dolor empeora, el dolor es recurrente, y limitación de la circulación o pérdida de los dedos adyacentes).