

Metatarsalgia

CENTRO MÉDICO DE SANTA ROSA

Departamento de Cirugía de Tobillo y Pie

Edificio Stein

La metatarsalgia es un problema muy común que afecta por lo general solamente la parte inferior del pulpejo del pie. En ocasiones habrá algunos síntomas en la parte superior del antepié, cerca de donde los dedos se unen al pie, pero sólo después o al mismo tiempo con los síntomas en la parte inferior del pulpejo del pie.

Típicamente, la metatarsalgia afecta la parte inferior de la segunda articulación metatarsofalángica (donde el segundo dedo se une al pie). Sin embargo, cualquiera de los otros metatarsianos se puede afectar. En casos más inusuales, se puede afectar más de un metatarsiano en un pie. Cuando la metatarsalgia afecta la segunda articulación metatarsofalángica, algunas veces también se le llama "síndrome de estrés de la segunda metatarsofalángica".

La causa principal de la metatarsalgia es una aplicación repetitiva de fuerza excesiva sobre una zona metatarsiana que sobre las demás. El segundo metatarsiano se afecta con más frecuencia, típicamente porque existe unos cuantos factores que pueden conducir a una fuerza excesiva en esa área de hueso/articulación.

Factores que pueden conducir a una metatarsalgia

- Un hueso metatarsiano más largo que los demás
- Primer metatarsiano adyacente inestable
- Dedo en martillo asociado
- Zapatos de tacón alto
- Sobrepeso
- Hueso metatarsiano más bajo que los demás
- Hueso adyacente más alto que los demás (transferencia de carga)
- Músculo de pantorrilla tenso
- Zapatos con acolchonamiento inadecuado
- Uso excesivo

El dolor se siente generalmente como un moretón profundo. A veces se sentirá como si hubiera una piedra por debajo del pulpejo del pie. Por lo general estos síntomas empeoran al caminar o estar de pie descalzo sobre una superficie dura o por un zapato con acolchonamiento inadecuado, y se sienten mejor con zapatos bien acolchonados. Al final de un día en que estuvo de pie y/o caminó considerablemente, el área puede latir un poco. Es usual tener un callo debajo del metatarsiano afectado.

Por lo general, el dolor se nota por primera vez en la parte inferior del pulpejo del pie y no hay inflamación. Cuando progresa, puede surgir una inflamación, con sensibilidad en la parte superior de la articulación. En algunos casos, se formará bursitis junto al metatarsiano. En casos todavía más avanzados, la cápsula y los ligamentos de la articulación, en la parte inferior de la articulación, pueden desgastarse y romperse, conduciendo a un desarrollo progresivo de un dedo en martillo.

El diagnóstico de la metatarsalgia generalmente se hace fácilmente con un historial cuidadoso y un examen físico. Usualmente las radiografías no ayudan para hacer el diagnóstico. Por lo general, no se requieren pruebas especiales, como exploraciones de hueso, MRI ni pruebas de laboratorio.

Los imitadores de la metatarsalgia incluyen al neuroma intermetatarsiano (llamado también neuroma de Morton), fracturas por estrés y artritis. Los neuromas se pueden diferenciar bastante bien con un examen. Las fracturas por estrés se pueden diferenciar por el dolor e inflamación ubicada más que todo sobre la parte superior del pie, así como con una exploración de huesos. La artritis usualmente tiene más dolor e inflamación en la parte superior de las articulaciones, y generalmente más de una articulación se ve involucrada.

El tratamiento no quirúrgico de la metatarsalgia puede ser bastante eficaz. Esta forma de tratamiento debe ser completa y continua hasta que se resuelva el dolor por lo menos durante 2 meses. En los casos donde no se responde al tratamiento no quirúrgico, se podría necesitar ya sea una alteración permanente del calzado, estilo de vida y actividades, o una corrección quirúrgica.

¿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 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).

- Cuídese usted mismo los callos o pida que se los recorten por una cuota por servicio. (Puede llevar a cabo el cuidado de los callos limando el área una vez a la semana con piedra pómez o con lima para callos, después de darse un baño de tina o de regadera. El cuidado de los callos no es un beneficio cubierto por el Plan de Salud de Kaiser Permanente).
- 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?

- 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).
- Agregar una extensión para el antepié de adecuación a su aparato ortótico (diseñada para hacer flotar o quitar peso al hueso metatarsiano).
- 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.
- Enseñarle técnicas de entablillado o rellenado para que las pueda usar todos los días.
- Recetarle fisioterapia. (El ultrasonido y la terapia de corriente eléctrica interferencial pueden ser métodos útiles para reducir la inflamación).
- 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. Los riesgos de las inyecciones de cortisona para metatarsalgia 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 adyacentes a la articulación con una posible dislocación del dedo, e infección. Los efectos secundarios sistémicos de este tipo de inyección ocurren muy rara vez).
- Ponerle un yeso (para descansar el área y permitirle que sane).
- Hacer una cirugía. (La cirugía podría involucrar diversos procedimientos, como la reparación del dedo en martillo y/o la osteotomía metatarsiana/reposicionamiento del hueso y/o cirugía de juanetes. La cirugía se realiza como paciente ambulatorio. Dependiendo del procedimiento que se requiera en realidad, tal vez se le permita usar el pie para caminar después de la cirugía, o tal vez no, y tal vez se requiera que le pongan un yeso, o tal vez no. La recuperación podría tomar de tres a seis meses. El índice de éxito es de aproximadamente 75%. Un 20% mejora, pero podría seguir teniendo algunas limitaciones de calzado o actividades. Cerca de 5% ni mejora ni empeora. Los riesgos incluyen, entre otros: infección, dolor recurrente o callos, transferencia del dolor o callo al metatarsiano adyacente, deformidad recurrente de dedo en martillo, clavos o herrajes rotos, curación tardía o no curación del hueso, lesión o compresión de un nervio, curación retrasada de la incisión, recuperación prolongada, alivio incompleto del dolor, no hay alivio del dolor, el dolor empeora, y limitaciones de circulación o pérdida de los dedos adyacentes).