

Problemas con el Tendón Tibial Posterior

Posterior Tibial Tendon Problems

CENTRO MÉDICO DE SANTA ROSA/SANTA ROSA MEDICAL CENTER

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

Edificio Stein/Stein Building

El músculo tibial posterior se origina en la parte trasera e interna del hueso principal de la pierna (la tibia). El músculo se convierte en tendón justo arriba del tobillo, el cual corre desde atrás de la protuberancia interna del tobillo (el maléolo medial) hasta debajo de esta protuberancia. El tendón continúa hacia el arco, y finalmente se fija al hueso en la parte interna del arco (el hueso navicular) y se extiende debajo del arco a los diversos huesos del arco. El músculo y el tendón son una de las estructuras de apoyo más importantes del arco. El tendón usa la protuberancia (maléolo medial) como polea mientras da apoyo al arco.

Existen diferentes sitios y escenarios en los que el músculo o tendón tibial posterior puede llegar a doler. Uno de los sitios más comunes donde se puede lastimar el tendón es justo debajo de la protuberancia interior del tobillo (el maléolo medial). A este problema se le llama con frecuencia **disfunción tibial posterior (TPD)**. Un segundo sitio es la unión del tendón con el hueso en el arco interior (el hueso navicular). A este problema se le llama **entesopatía tibial posterior**. Un tercer sitio es a lo largo del borde posterior del hueso principal de la pierna y el tobillo. A este problema se le llama **síndrome de estrés tibial posterior**.

Todos los problemas que involucran al músculo/tendón tibial posterior pueden causarse cuando el músculo/tendón tibial posterior se ve abrumado al tratar de apoyar el arco. Cualquier factor que cause el aplanamiento del arco (pronación) hace que el músculo/tendón tibial posterior trabaje con más intensidad, y puede causar problemas por las muchas repeticiones de una actividad diaria en la que la persona sostiene su propio peso. Los factores que causan el uso excesivo del músculo/tendón tibial posterior incluyen: sobrepeso, músculo de la pantorrilla tenso, pie plano heredado, calzado que da mal soporte y un aumento en la carga de ejercicio o carga de trabajo sobre los pies. Por otro lado, pero con menos frecuencia, el tendón se puede lesionar por una lesión súbita que hace deslizar el pie hacia afuera (pronación). La posibilidad de desarrollar problemas que involucran al tendón tibial posterior puede agravarse por el hecho de que el tendón puede debilitarse, en particular porque la circulación dentro del tendón puede disminuir con la edad o con los medicamentos ingeridos, como prednisona o ciprofloxacina.

Disfunción tibial posterior (TPD). Este problema puede incapacitar bastante. El tendón se degenera y comienza a desgarrarse, generalmente en la zona justo debajo de la protuberancia interna del tobillo (el maléolo medial). Al comenzar a desgarrarse el tendón, se desliza sobre sí mismo y se alarga. Al alargarse considerablemente, el pie comienza a aplanarse y se desliza hacia afuera por debajo de la pierna. En los casos avanzados, cuando el pie ha estado dislocado por un tiempo, puede generarse artritis en las articulaciones debajo del tobillo.

Al principio del curso de la TPD, podría notar dolor e inflamación en el área justo debajo de la protuberancia interior del tobillo (el maléolo medial), en particular con actividades en las que sostiene su propio peso, o al ponerse de pie después de estar sentado o recostado por algún tiempo. Luego, podría notar que el arco se hace más plano y/o que el pie se desliza hacia afuera por debajo de la pierna. En los casos avanzados, también podría notar que siente dolor justo debajo y al frente del lado exterior del tobillo.

La TPD puede tratarse inicialmente con un yeso y muletas durante 6 a 12 semanas, seguido por una tobillera hecha a la medida, usada por lo menos durante un año. Por otro lado, la TPD se puede tratar con una cirugía reconstructiva mayor. La decisión de tratar este problema por medios quirúrgicos o no quirúrgicos depende de diversas circunstancias, y finalmente la decisión la toman usted y su médico. La desalineación del pie relacionada con la TPD no se puede restaurar sin cirugía. En general, los casos avanzados de TPD y los que no responden a medidas no quirúrgicas se tratan mejor con cirugía.

Entesopatía tibial posterior. Usualmente este problema responde bien a tratamientos no quirúrgicos en cuestión de semanas a meses, pero es poco frecuente que requiera cirugía si falla la atención no quirúrgica. El dolor se encuentra en el hueso protuberante por el lado interior del arco (hueso navicular), en particular con actividades en las que sostiene su propio peso, o al ponerse de pie después de estar sentado o recostado por algún tiempo. Tal vez note también una inflamación en esta zona. Generalmente no hay dislocación del pie como resultado de este problema. En algunos casos, existe un hueso adicional, llamado Os Tibiale Externum, que se encuentra en el hueso protuberante por el lado interior del arco (hueso navicular).

Síndrome de estrés tibial posterior. Este problema es más común en los atletas. El dolor se siente a lo largo del lado interior del hueso principal de la pierna (tibia), justo arriba del tobillo. Usualmente no hay inflamación. El problema por lo general responde a la atención no quirúrgica en unas cuantas semanas.

¿Qué puedo hacer por mi cuenta?

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

- Use zapatos con apoyo en todo momento mientras esté de pie/caminando.
- Agregue a su zapato un apoyo para el arco. (Preferimos los aparatos ortóticos Superfeet (verdes); los puede comprar en la Depot Store que se encuentra junto al Departamento de Cirugía de Tobillo y Pie).
- Evite estar de pie o caminar descalzo. Evite el calzado plano como pantuflas o sandalias.
- 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).
- Baje de peso.
- Modifique sus actividades. (Reduzca el tiempo que pasa de pie, caminando o haciendo ejercicio que ponga carga sobre sus pies. Convierta el ejercicio de impacto en un ejercicio que no sea de impacto; pasear en bicicleta, nadar y correr en una alberca 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. (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: Aplique 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).**

¿Qué puede agregar mi médico?

- Recetarle fisioterapia. (El ultrasonido y la terapia de corriente eléctrica interferencial pueden ser métodos útiles para reducir la inflamación).
- 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).
- Remitirlo para que consiga una tobillera hecha a la medida para el pie y el tobillo. (La tobillera se fabrica para el lado afectado en los casos de TPD. Generalmente Kaiser Permanente paga el 80% del costo).
- Colocarle un yeso. (Se aplica el yeso desde debajo de la rodilla hasta los dedos del pie, usualmente por 6 semanas o más. Lo animamos a que use muletas y a que no ponga peso sobre el pie mientras tenga puesto el yeso).
- Hacer una cirugía. (Existen diversos procedimientos quirúrgicos que se pueden aplicar para el manejo quirúrgico de su problema. Aunque son diferentes las naturalezas de estos procedimientos, se pueden hacer algunas generalizaciones acerca de la cirugía para su problema. Usualmente la anestesia es general o espinal. Se usa un yeso por debajo de la rodilla durante 6 a 12 semanas. Generalmente no se permite aplicar peso por 6 semanas o más. La recuperación toma de 4 a 12 meses. El índice de éxito es de aproximadamente 80%. Un 15% mejora, pero sigue teniendo algunos problemas. Cerca de 5% ni mejora ni empeora. Los riesgos incluyen, entre otros: infección, lesión o compresión de un nervio, curación/recuperación prolongada, problemas en la herida o cicatriz, alivio incompleto del dolor, no hay alivio del dolor, el dolor empeora, dolor recurrente, atrofia en la pantorrilla, debilidad, cojera, restauración incompleta del arco, los cortes o fusiones de hueso no sanan y transferencia del dolor a otros sitios o articulaciones).