



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. abril 2005; 9(3):

PRESENTACIÓN DE CASO

Espolón calcáneo de la adolescencia

Calcaneal spur in adolescence

**Ramón Suárez Junco¹, Francisco Olivera Pita², Ramón Suárez Carmona³,
Juan B Sosa Osario⁴.**

¹Especialista de II Grado en Ortopedia y Traumatología. Presidente Filial Provincial de Ortopedia y Traumatología. Jefe de la Cátedra de Ortopedia y Traumatología. Asistente. Jefe del Servicio de Ortopedia Hospital "León Cuervo Rubio". Pinar del Río.

²Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Jefe del servicio de Ortopedia del Hospital "León Cuervo Rubio". Pinar del Río.

³Residente de MGI. Hospital "León Cuervo Rubio". Pinar del Río.

⁴Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Hospital "León Cuervo Rubio". Pinar del Río.

RESUMEN

Se presentó un paciente adolescente portador de espolones calcáneos bilateral, rara patología a esta edad en nuestro país. Se expuso el cuadro clínico y la terapéutica adecuada. Se revisó la literatura.

Palabras clave: AFECTACIONES DEL TOBILLO/cirugía, ORTOPEDIA/métodos.

ABSTRACT

An adolescent patient presented with bilateral calcareal spurs, which is very rare pathology at this age in our country. The clinical chart was expounded and the therapy was carried out. The literatura was consulted.

Key words: ANKLE INJURIES, ORTHOPEDIC SURGERY/methods.

INTRODUCCIÓN

El síndrome que se conoce como "Espolón del Calcáneo", consiste en dolor y sensibilidad muchas veces recurrente en la superficie inferior del calcáneo, donde se inserta la aponeurosis plantar, por lo general en el lado medial.¹⁻²

Aunque es bien conocido por todos los cirujanos ortopédicos, es muy probable que nadie lo entienda. El síndrome puede ser manifestación de artritis reumatoide o de Strumpell - Marie, pero en ausencia de una enfermedad así, su causa es cuestionable.²

Si bien existen países donde sus habitantes viven en el desierto y frecuente esta patología a edades tempranas, en nuestro país, es excepcional encontrarlos en la edad de la adolescencia, según la literatura revisada, por lo cual decidimos presentar este caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, blanco de 18 años de edad, estudiante, que concurre a nuestra consulta acompañado de su mama, pues hacia mas de un año presentaba dolor en ambos pies, principalmente en la región del calcáneo, sin referir ninguna otra sintomatología, siendo atendido por el ortopédico pediátrico, el cual lo interpreto como una fascitis plantar, para lo cual le impuso tratamiento con analgésicos, antiinflamatorios, calor local y limitación de actividades físicas, mejorando pero continuaba dicha sintomatología, concurriendo a nuestra consulta externa, por corresponderle su seguimiento ya de adulto, presentando el mismo cuadro clínico.

Examen Físico

Dolor en la palpación de ambos calcáneos.

No se observó otros datos positivos generales.

Exámenes Complementarios

Hemoglobina: 14.8 g/l

Hematocrito: 0.40

Leucocito: 11x10⁹/l

Eritro Sedimentación: 3 mm/l

TGP: 2 Uds. l

Glicemia: 4.5 m/l

Serología: No reactiva

HIV: Negativo

Factor Reumatoides: Negativo

RX Ambos calcáneos: Espolones calcáneos bilaterales

RX Columna total de pie y sin zapatos: Normal

RX Pelvis ósea: Borramiento articulación sacro - ilíaco izquierdo.

Estrechamiento articulación coxo femoral.

Deformidad cabeza de ambos fémur.

Gammagrafía de pelvis ósea.

Gran acumulo patológico del radio fármaco en la articulación sacro -ilíaca izquierda.

No se observaron otras alternativas.

DISCUSIÓN

El espolón del calcáneo es un osteófito que crece en la parte anterior de la tuberosidad plantar del calcáneo y se extiende en sentido lateral 2 o 2.5 cm. Su extremo anterior irrumpe en la fascia plantar. Existen dos tipos de espolones calcáneos.

1. Largo pero asintomático debido a que no se encuentra en áreas de carga de peso y solo se diagnostica cuando se realiza una radiografía de pie por otras causas.

2. Largo y doloroso a carga de peso (paciente parado o caminando), debido a que la posición del calcáneo se afecta por una depresión del arco longitudinal y la espina calcárea entra en el área de apoyo.

3. Aquellos que son unas pequeñas proliferación acompañadas de un área de disminución de la densidad radio gráfico en el origen de la fascia plantar lo cual indica un proceso inflamatorio subagudo.¹⁻²

Ha sido demostrado que en la zona origen del espolón calcáneo existe bolsa serosa, por lo que no debe hablarse de bursitis plantar, automáticamente la aponeurosis plantar se origina en la tuberosidad del calcáneo, se dirige hacia delante y se divide en 5 bandas que se insertan en la base de las falanges proximales; esto hace que al caminar se ejerza un gran esfuerzo en distensión sobre dicha aponeurosis, especial en su origen.³

La causante del espolón del calcáneo es difícil de precisar a pesar de que las radiografías demuestran la presencia de la espina, según algunos autores se trata de un agente de infección. En 1906 Báez lo señaló como signo de gonorrea e igual información hizo Liberson en 1932. B Lo Khin en 1937 señaló que se originaba por un exceso de uso funcional o por anomalía de los huesos en el pie. Gould en 1942 le dio un valor a la herencia, con predominio masculino. Davbis y Blais en 1950 lo señalaron como un signo de la epicondilitis, otros lo han asociado al síndrome de Reister y a la Gota.⁴⁻⁸

El síntoma mas importante es el dolor que se agrava en la carga de peso que estando el paciente parado o caminando este dolor se localiza, es referido muy bien por el paciente en la zona del talón y raramente irradia. Con la preparación puede encontrarse cierto aumento de volumen que resulta doloroso en la porción anterior de la tuberosidad calcánea, el dolor puede reproducirse cuando se destienden la aponeurosis y la fascia plantar por un movimiento forzado de hiperextensión de los dedos del pie.¹⁻³

Tratamiento

Se le puso tratamiento con analgésico, anti - inflamatorios, calor local y rayos láser, además cojines de espuma de forma para espolones calcáneos en el calzado, al paciente se le erradicó toda la sintomatología referida y actualmente se encuentra realizando todas sus actividades físicas, excepto la estancia prolongada de pie y grandes marchas o caminatas.

También se efectuó una interconsulta con Reumatología, donde no se interpretó ninguna patología reumatoidea y su seguimiento cada seis meses por dicha especialidad y consulta externa de ortopedia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Black H. Consideraciones radiográficas del tobillo. American Sport Med. 2000 (5): 238-39.
2. Rowe CR. Patologías del calcáneo. JAMA 2000; (2): 920-22.
3. Cash SE. Fioloterapia, recuperación médica y postoperatoria. 1999; 39-41.
4. Carballo Montesino D. tumores y Pseudos tumores de hueso. Salud Bol, 1999; 5(1): 63-8.
5. Valdés Pino V, et al. Tumores óseos, prevalencia. Gac Med México, 1999; 126(4): 335-39.

6. Porter G, Allasdo J. Sign in et of multiple hereditary osteochondromatosis. J Complet. Asust. Tomograf. 1999; 16 (1): 128-30.
7. Allasdo PD. Spus of the calcaneus in strumpell ? Marie disease. American S. Sport med. 2003; (3): 138-39.
8. Pacheco P, et al: Osteocondromas solitario. Rev Bras Dermatol 1996; 61(5): 251-3.

Recibido: 18 de enero de 2005.

Aprobado: 26 de septiembre de 2005

Dr. Ramón Suárez Junco. Edificio Gran Panel 70, Apto. A-9. Alturas de San Juan y Martínez Pinar del Río. Cuba.