

CARTAS AL DIRECTOR

El uso de la infiltración para el manejo del síndrome seno del tarso

Sr. Director:

El seno del tarso es una cavidad cónica que se encuentra entre las dos articulaciones que unen el astrágalo y calcáneo, la articulación astrágalo-calcánea anterior y la posterior. Dicho compartimento tiene una dirección oblicua de atrás adelante y de dentro afuera. El orificio interno es más estrecho, situado detrás del sustentáculo tali, el externo es más amplio, abriéndose hacia el maléolo del peroné.

En su interior se encuentran el ligamento interóseo o en Z y el ligamento cervical, que impiden la excesiva inversión del pie. De forma extrínseca se halla el ligamento colateral externo (haces peroneo-astragalino anterior y peroneo-calcáneo) y el ligamento deltoideo, dando estabilidad a la articulación tibioperoneo-astragalina(1). Además de estas estructuras, el canal posee tejido adiposo, ramas nerviosas, vasos sanguíneos y numerosos mecanorreceptores.

La causa más común es un traumatismo previo, transcurriendo a menudo un periodo de tiempo variable asintomático desde el trauma hasta la aparición de la clínica. Con una menor prevalencia, se incluye dentro de la etiología de este síndrome la artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, gota, deformidades de los pies como el hundimiento de la bóveda plantar, así como quistes ganglionares y osteofitos que se desarrollan dentro del seno del tarso(2).

Clínicamente se caracteriza por dolor difuso en el seno del tarso, en la zona lateral del retropié, entre el astrágalo y el calcáneo; en ocasiones se irradia hacia el maléolo externo y hacia la cara posterior de la pierna. El dolor aumenta con

la deambulación, y actividades físicas intensas (especialmente en terrero irregular), ya que los movimientos de inversión y eversión del retropié son dolorosos, remitiendo cuando el pie está en reposo.

Durante la exploración aparece dolor a la presión sobre el orificio externo del seno del tarso y a la movilización de la articulación subastragalina, no evidenciando otros signos de interés (3).

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, se manifiesta con mayor frecuencia en pacientes entre la segunda y la cuarta década, siendo excepcional en niños; aparece tras un trauma previo con dolor a la presión en el orificio externo del seno del tarso, confirmándose el diagnóstico con la desaparición de la clínica tras la infiltración de anestésico y corticoide en el seno (4).

Los resultados de las radiografías simples son normales, aunque es conveniente su prescripción para descartar otras patologías. En el estudio radiológico del pie se deben realizar tres proyecciones: dorsoplantar, lateral en carga y oblicua.

El método de imagen más eficaz en el diagnóstico de las patologías del seno del tarso es la resonancia magnética, definiendo con gran detalle la anatomía del canal. Cuando la lesión está en una fase inicial se comprueba que el tejido adiposo está reemplazado por un tejido inflamatorio ó fibroso, apreciándose cambios osteoarticulares de carácter degenerativo en fases más avanzadas.

El tratamiento conservador es el de primera opción. Consiste en el uso de vendajes funcionales para estabilizar la articulación subastragalina,

electroterapia, cinesiterapia, ultrasonidos, etc (5). Esta terapia debe ir acompañada por infiltraciones repetidas con anestésico y corticoide, en el interior del seno del tarso. Es necesario restablecer la correcta biomecánica del pie, utilizando soportes plantares a medida para estabilizar la articulación subastragalina en posición neutra y congruente.

El tratamiento quirúrgico se realizará mediante un abordaje directo del seno del tarso con vaciamiento del mismo y un legrado, respetando el ligamento interóseo y extirpando el tejido adiposo, así como la bolsa serosa (6).

Se presenta el caso de un paciente varón, actualmente con 43 años de edad, profesor de educación física, aficionado al "trailrunning" (carreras de montaña). A los 41 años comienza con una clínica de dolor en el pie derecho, exacerbado cuando practica su hobby. Comenta que rara vez le duele en su actividad diaria. Refiere que unos meses anteriores a la clínica del dolor, sufrió en el pie afecto un esguince lateral de tobillo de segundo grado, con rotura parcial de fibras ligamentosas.

A la exploración física se aprecia: dolor localizado en la región inferior del maléolo peroneal del pie derecho, huella plantar plana sobre podoscopio, pies pronados, con esfuerzo aumentado para revertir la pronación en carga (test de resistencia a la supinación positivo), ambos retropiés valgus, rango articular de la articulación subastragalina incrementado, con eje medializado (Figura). El test de Windlass y Fonseca son negativos, indican que los pies planos y retropiés valgus del paciente son flexibles, con capacidad de acomodación de las partes blandas y buena evolución a la adaptación de soportes plantares.

En las pruebas radiológicas de ambos pies, no se evidencian datos de interés.

Se inicia tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINES) cada 8 horas. Se procede a la infiltración del seno del tarso con la asociación demepivacaína 2% y un corticoide: betametasona ó triamcinolona acetónido. La proporción utilizada es el doble para el corticoide en referencia al anestésico. Debido a que el seno del tarso es un espacio de pequeña dimensión, la cantidad conjunta máxima a administrar no deberá exceder los 2-3 cc. En caso de persistencia de síntomas se procederá a una nueva infiltración a las tres

Figura. Visión posterior ambos pies. Calcáneo en posición evertida, pies pronados, hundimiento de la bóveda plantar. Eje articulación subastragalina medializado. Curvatura infra-maleolarperoneal cóncava en ambos pies. Abducción de antepiés



semanas, con un máximo de tres infiltraciones en el transcurso de un año. La terapia conservadora se complementa con vendaje funcional de la articulación del tobillo derecho y prescripción de plantillas a medida que controlen el valgo del retropié, neutralice el eje de la articulación subastragalina y reconstruya el hundimiento de la bóveda plantar.

Bibliografía

1. Li SY, Hou ZD, Zhang P, Li HL, Ding ZH, Liu YJ. Ligament structures in the tarsal sinus and canal. *Foot Ankle International*. 2013; 34(12):1729-36.
2. Donovan A, Rosenberg ZS, Cavalcanti CF. MR Imaging of entrapment neuropathies of the lower extremity. Part 2. The knee, leg, ankle, and foot 1. *Radiographics*. 2010; 30(4):1001-19.
3. Herrmann M, Pieper KS. Das Sinus-tarsi-Syndrom. *Der Unfallchirurg*. 2008; 111(2):132-6.
4. García ASC, de Bengoa Vallejo RB, Iglesias MEL. Síndrome del seno del tarso. *Revista española de podología*. 2005; 16(1): 24-29.

5. Castellano del Castillo MA, Gálvez Castiella V, Jariod-Gaudés R. Síndrome del seno del tarso. Medicina de Rehabilitación. 2001; 14(2): 35-38.
6. Ruíz CN. Síndrome del seno del tarso: tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo. Podoscopio: Revista del Colegio de Podólogos de la Comunidad de Madrid. 2014; (62):1300-1304.

Juárez Jiménez M^aV¹,
De La Cruz Villamayor JA²,
Baena Bravo AJ³

¹Médico de Familia. Centro de Salud de Mancha Real (Jaén)

²Enfermero de Área de Urgencias. Hospital Infanta Margarita de Cabra (Córdoba). Graduado en Podología

³Enfermero Atención Primaria. Centro de Salud Alcaudete (Jaén). Graduado en Podología

mariavillajuarezjimenez@gmail.com