

Tratamiento rehabilitador en las metatarsalgias: Recomendaciones y ejercicios

Autor: Pérez Miras, Ana Rosa (Diplomada Universitaria en Fisioterapia y Enfermería, Universidad de Oviedo, Fisioterapeuta, atención especializada Area V, SESPA).

Público: Fisioterapeutas, Enfermeras. **Materia:** Fisioterapia, Rehabilitación. **Idioma:** Español.

Título: Tratamiento rehabilitador en las metatarsalgias: Recomendaciones y ejercicios.

Resumen

Con una incidencia superior en el sexo femenino sobre el masculino (proporción 4/1), las metatarsalgias suponen el 80% de las consultas que se realizan con respecto a dolor en el pie, por ello la consideramos una patología muy frecuente, con una aparición principal en la edad adulta, cursando con dolor en la parte anterior del pie, el cual en ocasiones puede irradiar hacia la zona dorsal de la articulación metatarsofalángica o bien afectar a toda la estructura de los dedos. A continuación, conoceremos las causas, los tipos, y como la fisioterapia nos puede ayudar en su tratamiento

Palabras clave: Metatarsalgia, Pie, Dolor, Recomendaciones.

Title: Rehabilitation treatment in metatarsalgias: recommendations and exercises.

Abstract

With a higher incidence in the female sex over the male (proportion 4/1), the metatarsalgias account for 80% of the consultations that are made with respect to pain in the foot. For this reason we consider it a very frequent pathology with a main appearance in adulthood, suffering from pain in the anterior part of the foot, which, sometimes, can radiate towards the dorsal area of the metatarsophalangeal joint or affect the entire structure of the fingers. Then we will know the causes, types, and how physiotherapy can help us in their treatment.

Keywords: Metatarsalgia, Foot, Pain, Recommendations.

Recibido 2018-07-29; Aceptado 2018-08-07; Publicado 2018-08-25; Código PD: 098164

INTRODUCCIÓN

Denominamos metatarsalgia al dolor localizado en la cara anterior del antepié, más concretamente en la zona de apoyo de los metatarsianos. En el inicio de este proceso, pueden encontrarse implicadas múltiples estructuras, por lo que su presencia suele estar asociada a otras patologías del pie.

Afecta a las cabezas de los metatarsianos, produciendo un intenso dolor en ellas, lo cual se debe a su localización, ya que corresponde con la zona de articulación de las falanges, y por lo tanto es la principal zona de apoyo de la parte anterior del pie, en ella se producen cargas de manera constante, ya que es una zona que interviene en la última fase de la marcha, en la cual, despegamos el pie del suelo con la puntera.

Existen muchos tipos de metatarsalgias (por compresión nerviosa, por enfermedades inflamatorias, por traumatismos, por afecciones dermatológicas etc.), siendo las principales las que se deben a factores mecánicos, ya que en la gran mayoría de los casos el problema principal, es una alteración en la biomecánica del pie.

FACTORES DE RIESGO

1. Aunque en ocasiones se presenta sin factores de riesgo previos, suele asociarse a determinadas deformidades del pie, las cuales alteran la biomecánica, provocando alteraciones funcionales, que dan lugar en consecuencia a las conocidas como "metatarsalgias mecánicas", en ellas, siempre está presente alguna de las siguientes patologías:
 - Hallux valgus.
 - Juanete de Sastre (Taylor Bunion)
 - Pie de Morton o griego

- Hallux rigidus
 - Sesamoiditis
 - Otras alteraciones que impiden el adecuado apoyo y reparto del peso sobre el pie en las diferentes fases de la marcha, como por ejemplo el pie cavo, el pie equino (por uso excesivo de tacón alto, por la polio, o por la presencia de un pie espástico), o el pie plano
 - Insuficiencia del primer radio, o insuficiencia de los radios medios.
2. Lesiones de partes blandas: como queratosis plantar, durezas, callosidades, verrugas plantares (papilomas), o cualquier otro tipo de alteración dermatológica.
 3. Alteraciones neurológicas: neuroma de Morton, neuritis, poliomielitis etc.
 4. Enfermedades óseas: epifisitis o tumores óseos
 5. Patologías articulares no relacionadas con alteraciones biomecánicas: gota, artritis reumatoide, etc.
 6. Otros factores de riesgo: dedos en garra, dedo en martillo, uso de calzado inapropiado (muy duro, o poco flexible), sobrepeso, fracturas por estrés, etc.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se puede realizar mediante la exploración física, ella nos ayudará a determinar la presencia de otras patologías asociadas. Un buen estudio de la pisada es fundamental, en él, analizaremos la huella, valorando posibles disimetrías, así como la calidad de la marcha.

Las pruebas radiológicas, también serán fundamentales (radiografías, resonancia magnética, etc.)

TRATAMIENTO

En primer lugar, es fundamental identificar los factores de riesgo que pueden estar presentes, para realizar en función de ello un tratamiento u otro.

El tratamiento médico se basará: en la administración de analgésicos, o de fármacos antiinflamatorios, pudiendo realizarse infiltraciones mediante el uso de corticoides, ácido hialurónico, etc.

Tratamiento quirúrgico: es el último recurso, cuando todos los tratamientos conservadores fracasan (tratamiento farmacológico, infiltraciones, fisioterapia, etc.)

Tratamiento rehabilitador: las bases fundamentales de este giran en torno a una adecuada pauta de ejercicios de fortalecimiento y flexibilización, así como de estiramientos y masoterapia.

Nos centraremos en una serie de puntos:

- ✓ *Mejorar la movilidad del tobillo, así como la de las articulaciones de los dedos*: para ello, realizaremos ejercicios sencillos como los que se presentan a continuación, estos se pueden realizar de forma pasiva, o de forma activa por el propio paciente, a continuación, se describen algunos ejemplos del 2º caso:

Ejercicios de flexo-extensión del tobillo: con el paciente sentado en una superficie plana, le solicitamos que crucemos la pierna afectada sobre el muslo opuesto, y con el pie apoyado sobre este, una mano sujetará el tobillo y con la otra agarraremos los dedos, realizaremos un movimiento de flexión, en el cual nos mantendremos unos 5 segundos, realizaremos 2 series de 10 repeticiones, y a continuación descansaremos para proceder a repetir el mismo ejercicio pero realizando movimientos de extensión.

Una variante podría ser con la ayuda de una toalla enrollada, o una cinta de theraband.

Movimientos de inversión y eversión del pie: partiendo de la misma posición anterior, le pediremos al paciente que realice movimientos de abanico (hacia fuera y hacia dentro)

Rotaciones: solicitaremos que trace círculos primero hacia un lado y luego hacia el otro.

✓ *Estiramientos de la cadena posterior.*

Nos centraremos en el estiramiento del tendón de Aquiles, para ello contaremos con la ayuda de un peldaño o un escalón, le pediremos al paciente que se apoye sobre los dedos, para posteriormente dejar caer los talones hacia abajo, notando tensión, y manteniéndose en esta posición unos segundos, como anteriormente realizaremos 2 series de 10 repeticiones, manteniéndonos en esta posición 5 segundos, y diferenciando entre “dolor” y “molestia”

✓ *Fortalecimiento de la musculatura del pie:* algunos ejemplos pueden ser el solicitar al paciente el agarre de una hoja de papel situada en el suelo, ejercicios de marcha en paralelas y rampa, etc.

✓ *Mejora de la flexibilidad de las articulaciones metatarsianas:* utilizando una botella de agua congelada, pediremos al paciente que haga rodar la botella bajo la planta de su pie, con este movimiento mejoraremos la movilidad y además disminuirémos la inflamación, una variante puede ser realizando el mismo ejercicio con un palo, o con una pelota

✓ *Automasaje con pelota:* con la ayuda de una pelota pequeña de tenis, realizaremos un pequeño automasaje, mediante diferentes movimientos (circulares, de vaivén, en abanico etc.), este movimiento se realizará tanto en la zona de los dedos, como en la zona de la fascia plantar. Este automasaje también se podrá realizar con las manos recreándonos en la zona del arco anterior del pie, ya que esta suele ser la más afectada cuando existen alteraciones biomecánicas.

RECOMENDACIONES

- Uso de calzado adecuado, amplio en la parte delantera, que permita a los dedos separarse con libertad a la hora de caminar, recomendándose el uso principalmente de calzado con punta cuadrada, y evitando el uso de tacones en lo posible, ya que con ellos el reparto del peso en el pie no se hace uniforme, pasando a soportar las articulaciones metatarsales la mayor carga de peso.
- En caso de realizar práctica deportiva habitual, cesar el entrenamiento hasta que disminuya la sintomatología, o realizar algunos cambios en el entrenamiento.
- Aplicación de crioterapia, durante unos 20 minutos como máximo
- Pérdida de peso en pacientes con sobrepeso
- Uso de antiinflamatorios no esteroideos
- En el caso de las metatarsalgias mecánicas, realización de un adecuado estudio de la pisada, para recetar si fuera necesario el uso de unas plantillas ortopédicas a medida, estas, pueden ayudar a solucionar problemas en el reparto de cargas, descargando la zona metatarsal, realizando un reparto adecuado de las presiones.
- Corrección de cualquier lesión de tipo dermatológico, que pudiera estar influyendo, (papilomas, callosidades, durezas, etc.)
- Reposo de la extremidad en elevación

Bibliografía

- Federer AE, Tainter DM, Adams SB, Schweitzer KM Jr. Conservative Management of Metatarsalgia and Lesser Toe Deformities. *Foot Ankle Clin.* 2018 Mar;23(1):9-20.
- Llanos LF, Maceira E. Metatarsalgias. En: *Manual SECOT de Cirugía Ortopédica y Traumatología.* 2003. Ed. Panamericana. Cap. 60: 684-98.
- Finney FT, Cata E, Holmes JR, Talusan PG. Anatomy and Physiology of the Lesser Metatarsophalangeal Joints. *Foot Ankle Clin.* 2018 Mar;23(1):1-7.
- Bobrov DS, Slinjakov LJ, Rigin NV. The Primary Metatarsalgia: Pathogenesis, Biomechanics and Surgical Treatment. *Vestn Ross Akad Med Nauk.* 2017;72(1):53-8
- Viladot A. *Patología del antepié.* 3ra ed. Barcelona: Toray; 1984.
- Patil S, Hanumantharaya GH, Desai SP, Nidoni M. Radiological Biometric Study of Metatarsals and Phalanges. *J Clin Diagn Res.* 2017 Sep;11(9):AC05-AC09