

Lesiones por sobrecarga del Tendón Tibial Posterior

Dr. David López Capapé

Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología Clínica CEMTRO (Madrid)



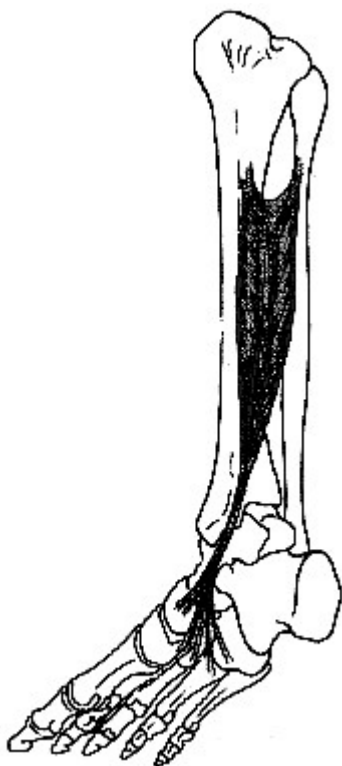
El tendón del músculo tibial posterior tiene una importancia mayor en la función del tobillo y el pie, de modo que sus lesiones condicionan en gran medida la marcha, la carrera y el salto. No es uno de los tendones afectados con mayor frecuencia en el deporte, ni en la vida cotidiana, el tendón de

Aquiles y los tendones peroneos se lesionan en mayor número de casos. Sin embargo debemos estar preparados para diagnosticar y tratar acertadamente problemas en este tendón en pacientes con dolor en la región interna del tobillo y pie con problemas para andar, hacer senderismo, caminar por la montaña o correr.

ANATOMÍA Y FUNCIÓN

El músculo tibial posterior forma parte del compartimento posterior profundo de la pierna. Tiene forma semi-penniforme y se origina en la parte posteromedial de la tibia, la membrana ínterosea y el peroné, y se dirige ya como un tendón por debajo del maleolo tibial hacia su in-

serción en el escafoides tarsiano, dando expansiones hacia cuboides, cuñas y bases de los metatarsianos segundo a cuarto.



Esquema del músculo y tendón tibial posterior.

El tibial posterior tiene la función de inversión de la articulación subastragalina, actuando como estabilizador dinámico del mediopie contra el valgo y sujetando el arco plantar interno (contra el aplanamiento del mismo). Es por ello que las lesiones que le hacen incompetente provoquen un aplanamiento del arco interno del pie y un desplazamiento en valgo del retropie.

Causas de la lesión: Existen 3 tipos de patología del tendón tibial posterior:

1.-Traumáticas, son excepcionales, tanto por golpe directo como por meca-

nismo indirecto en el que se produce una rotura o desinserción del tendón cuando este intenta oponerse a una fuerza de eversión superior a su resistencia.

2.-Inflamatorias: hay que descartar este origen, el cuadro clínico se caracteriza por una tenosinovitis y es común en artritis reumatoide y en artropatías seronegativas.

3.-Por sobrecarga, son las lesiones más frecuentes de este tendón y a ellas nos referiremos en adelante. Pueden ser

debidas a caminar, correr o saltar (sobre todo salto de altura). Se ven favorecidas por una pronación excesiva de pie. Los casos evolucionados en este tendón no solamente se ven en personas con mucha actividad física (caminar, correr), sino que son comunes en enfermos con otras patologías concomitantes como la diabetes y la obesidad que favorecen el agravamiento de la lesión. Se habla de Disfunción del Tibial Posterior para referirnos a este problema.



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

En la exploración física es constante el dolor a la palpación en la región retro-maleolar medial del tobillo con irradiación hacia la inserción en el pie, a nivel de la tuberosidad del escafoides.

En casos avanzados de disfunción del tendón puede observarse la “caída” del arco del pie, que se aplanar y coloca el talón en valgo.

La inversión contra resistencia es dolorosa o simplemente débil, también puede ser difícil para el paciente ponerse de puntillas si el caso es severo.

Johnson y Strom describieron tres etapas en la Insuficiencia del Tendón Tibial Posterior:

I.-Tendinitis, pero tendón competente y sin alteración de las articulaciones.

II.-Hay elongación del tendón y retro-pie en valgo, pero flexible.

III.-La deformidad de aplanamiento del arco y valgo del talón se hace rígida, con sufrimiento de las articulaciones de la parte externa por compresión.

Myerson añadió un IV estadio para casos con artritis-artrosis de dichas articulaciones y pérdida de función del ligamento deltoideo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La historia, la exploración y algunas pruebas complementarias nos ayudarán a descartar otras causas de dolor medial del tobillo menos comunes como:

Tendinopatía del flexor hallucis longus y pinzamiento posterior del tobillo. En ellas el dolor es más posterior, debemos explorar la flexión del dedo gordo y es más frecuente en bailarinas.

Síndrome del Túnel Tarsiano, hay dolor neuropático y alteraciones de la sensibilidad a nivel de la planta del pie, requiere confirmación con electromiograma.



Imágen de Resonancia Magnética que muestra alteración del tendón tibial posterior y tendinosis del mismo en su parte distal al maleolo tibial.

Fracturas de estrés, deben excluirse con estudios apropiados (Rx, medicina nuclear o RM) fracturas por sobrecarga en escafoides, astrágalo, calcáneo y maleolo interno.

Secuelas de esguinces de los ligamentos del tobillo, lesión del ligamento deltoideo no curada, lesiones osteocondrales de la cúpula del astrágalo.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Las pruebas de imagen nos ayudan a estudiar mejor la lesión, pero no suelen cambiar el planteamiento terapéutico.

Las radiografías en varias proyecciones pueden ser completamente normales en estadios iniciales, pero en casos avanzados permiten cuantificar la deformidad del pie (radiografías en carga) y comparar un pie con otro.

El estudio más preciso puede hacerse mediante Ecografía, Resonancia Magnética, o ambas.

La ecografía permite diagnosticar tenosinovitis, tendinosis y rupturas del tendón. La resonancia da una visión más completa del pie y el tobillo que es de gran utilidad para descartar otras lesiones y planificar en caso necesario una intervención quirúrgica.

TRATAMIENTO

El tratamiento inicial en casos de tendinosis sin ruptura ni alteración de la forma del pie consistirá en utilización de plantillas, disminución o evitación de las marchas y caminatas (puede recomendarse cambio de actividad en piscina o gimnasio) y fisioterapia.

En tendinitis y tenosinovitis puede ser necesario realizar alguna infiltración.

En casos rebeldes a este tratamiento o en roturas parciales es necesario la inmovilización temporal con escayola o bota ortopédica.

En los estadios evolucionados la cirugía está indicada, siendo la técnica variable. En casos de tendinosis puede ser suficiente el desbridamiento y saneamiento del tendón. En caso de no poder hacerse lo anterior porque el tendón esté muy perjudicado se puede optar por transeferencias del tendón flexor del dedo gordo al escafoides. Incluso a veces es necesario realizar osteotomías del calcáneo para corregir deformidades ya establecidas en el esqueleto del pie como consecuencia de una disfunción evolucionada del tendón tibial posterior.

El tiempo de recuperación y las fases de la misma lógicamente dependen de la técnica utilizada, pero varían entre 3 y 6 meses aproximadamente para reanudar la actividad normal. ■