

Fascitis plantar

Fecha de la última revisión: 07/12/2016

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Cómo se trata?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

La fascitis plantar (FP) es un proceso degenerativo y crónico, más que inflamatorio, que afecta a la fascia plantar o aponeurosis plantar que es un tejido fibroso organizado en bandas que se extiende desde la tuberosidad anterior del calcáneo hasta los dedos. Por esta razón, un término más adecuado sería el de faciosis o fasciopatía plantar (Schwartz EN, 2014; Lareau CR, 2014; Beeson P, 2014).

Su prevalencia se estima entre el 3,6 al 7% en población general, llegando al 8% en corredores. Es más frecuente entre los 40-60 años aunque en atletas lo es en edades más tempranas y en un tercio de los casos es bilateral (Lareau CR, 2014; Beeson P, 2014; Buchbinder R, 2016).

Su etiología es desconocida y podría relacionarse con un desequilibrio biomecánico y con microtraumas repetidos. Con frecuencia se asocia a la presencia de espólón calcáneo. Los factores de riesgo para su desarrollo se exponen en la tabla 1 (Schwartz EN, 2014; Beeson P, 2014):

Tabla 1. Factores de riesgo para el desarrollo de fascitis plantar.	
Factores intrínsecos	• Edad. • Obesidad. • Enfermedades sistémicas (artritis reumatoide, espondilitis anquilopoyética o diabetes). • Infecciones (retroviral y raramente infección gonocócica o tuberculosis). • Fármacos (fluoroquinolonas y quimioterapia). • Pies planos o cavos, ángulo de dorsiflexión del pie limitado, musculatura intrínseca del pie y flexora plantar débil, acortamiento del tendón de Aquiles, hiperpronación del tobillo.
Factores extrínsecos	• Carga de pesos prolongada. • Microtraumas. • Realización de deporte con mal entrenamiento y uso de zapatos inadecuados para ello. • Posturas durante el sueño que favorezcan la contractura de los músculos de las piernas.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico es clínico y se basa en la presencia de (Martin RL, 2014):

- Dolor en la zona media plantar, de inicio insidioso, más intenso por la mañana con los primeros pasos o después de un periodo de inactividad o siguiendo a un incremento de carga prolongado sobre la zona. Está precipitado por un reciente incremento en la actividad de carga y se localiza por palpación en la zona proximal de la inserción de la fascia plantar (zona media del calcáneo). Se reproduce con la dorsiflexión del primer dedo del pie: test de windlass positivo. Este test presenta una alta especificidad pero una baja sensibilidad, por lo que debe realizarse con el pie en carga para maximizarla (De Garceau D, 2003).
- Los test para descartar síndrome del túnel del tarso son negativos.
- La dorsiflexión talocrural está limitada.
- Los índices de valoración de la posición del pie están alterados.
- En personas no deportistas existe un incremento del índice de masa corporal (IMC).

Habitualmente no es necesaria la realización de otras pruebas complementarias. Las pruebas de laboratorio no aportan datos específicos y en la radiografía simple (posteroanterior y lateral) es frecuente encontrar la presencia de espólón calcáneo, lo que incrementa la probabilidad de diagnóstico de FP, pero como su presencia puede ocurrir hasta en un 15-25% de pacientes asintomáticos, su existencia o ausencia, no debe considerarse para hacer o excluir el diagnóstico. La ecografía y la RNM se reservan para casos en que existan dudas diagnósticas o se quiera descartar rotura de la fascia plantar. Los estudios de conducción nerviosa y la TAC se reservan para descartar atrapamiento nervioso a fracturas de estrés, tumores o infección (Young C, 2012; Schwartz EN, 2014; Lareau CR, 2014; Buchbinder R, 2016).

El diagnóstico diferencial se orientará tras una correcta anamnesis y exploración física e incluirá (Young C, 2012; Buchbinder R, 2016):

- Causas neurológicas:
 - Síndrome del túnel del tarso con atrapamiento del tibial posterior.
 - Neuropatías periféricas.
 - Radiculopatía S1.
- Causas esqueléticas:
 - Fractura (aguda o de estrés) o apofisitis del calcáneo.
 - Enfermedad de Paget.
 - Tumores.

- Osteomielitis.
- Tejidos blandos:
 - Atrofia o contusión en la almohadilla grasa.
 - Tendinopatía Aquilea.
 - Bursitis retrocalcánea.
 - Tendinitis tibial posterior o de los tendones largos flexores digitales.
 - Ruptura de la fascia plantar.
 - Neurofibroma plantar.
- Enfermedades inflamatorias:
 - Espondiloartritis y artritis reactiva.
 - Sarcoidosis.

¿Cómo se trata?

La FP es un proceso insidioso que en la mayoría de los casos cede espontáneamente hasta 1-2 años después de comenzar la clínica, independientemente de los tratamientos utilizados (Young C, 2012; Landorf KB, 2015).

Medidas generales (Young C, 2012; Lareau CR, 2014; Martin RL, 2014):

- Reposo relativo.
- Corrección de los errores de entrenamiento, principalmente en personas que realizan deporte.
- Selección apropiada de zapato con adecuada distribución de la carga y el arco (zapatos con balanceo), tanto para caminar como para hacer deporte.
- Mantener un adecuado IMC.

Otros tratamientos:

Ejercicios de estiramiento de la fascia plantar (figuras 1-3; 4-5; 6-8; 9; 10-11): a pesar de evidencias débiles, su uso puede recomendarse. Algunos estudios han demostrado ser más útiles que los estiramientos de tendón de Aquiles (figuras 12-13) para mejorar el dolor a corto plazo (1 semana-4 meses). A largo plazo (2 años), no existen diferencias entre ellos. Aunque la evidencia disponible no aporta una fuerte evidencia sobre el beneficio de estos ejercicios, dada la etiología multicomponente de la FP y los escasos efectos secundarios, por el momento se recomienda una combinación de estos estiramientos en el tratamiento (García-Campos J, 2011). No existen estudios comparativos frente al vendaje antipronación y algunos estudios los encuentran más eficaces que las ondas de choque radicales y los ultrasonidos. El efecto secundario más habitual es el dolor muscular (Lareau CR, 2014; Berbrayer D, 2014; Martin RL, 2014; Díaz López AM, 2014; Landorf KB, 2015).

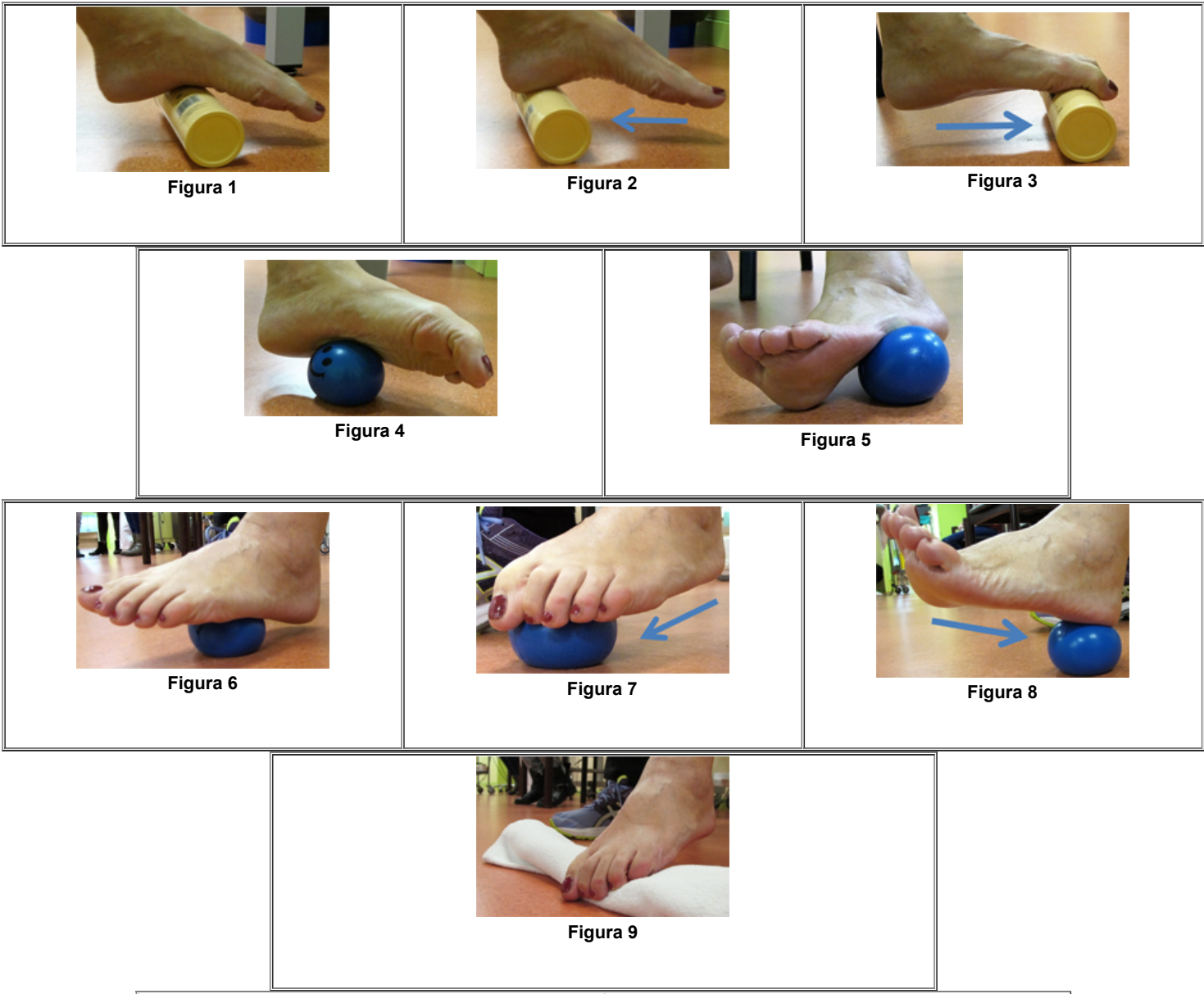




Figura 10



Figura 11



Figura 12



Figura 13

Terapia manual (figura 14): consiste en la movilización de la articulación y de la musculatura plantar para mejorar la flexibilidad. Asociada a los estiramientos puede mejorar el dolor a corto plazo (Berbrayer D, 2014; Martin RL, 2014).



Figura 14

Vendaje antipronación o de Low-dye: utilizado durante 3 semanas, solo o en combinación con otras terapias, reduce el dolor a corto plazo y mejora la funcionalidad. Puede utilizarse también asociado a vendaje con bandas elásticas en gemelos durante una semana. Sus efectos secundarios son poco frecuentes y suele referirse opresión en la zona o reacciones cutáneas locales (Martin RL, 2014; Berbrayer D, 2014; Díaz López AM, 2014; Landorf KB, 2015). También el vendaje Low-dye y el de calcáneo han demostrado beneficio en el control del dolor a corto plazo (Podolsky R, 2015).

Antiinflamatorios no esteroideos (orales o tópicos): únicamente utilizados con otros tratamientos conservadores se obtiene una discreta mejoría del dolor (Young C, 2012; Berbrayer D, 2014).

Ortesis: se recomienda si el paciente ha tenido buena respuesta al vendaje antipronación. Pueden ayudar al control del dolor a corto y medio plazo. Las prefabricadas son útiles en las fases iniciales o si el paciente tiene una estructura del pie normal, en caso contrario pueden indicarse las realizadas específicamente para él o bien si con las prefabricadas no se obtiene el control adecuado de los síntomas (Lareau CR, 2014; Berbrayer D, 2014; Martin RL, 2014; Díaz López AM, 2014; Landorf KB, 2015).

Férulas nocturnas: se recomiendan solo en casos resistentes a otros tratamientos conservadores, con el objeto de controlar las contracturas pasivas de la fascia plantar y del complejo gemelo-soleo y obtener así mejor control del dolor al levantarse. El trastorno del sueño es el efecto secundario más habitual (Lareau CR, 2014; Berbrayer D, 2014; Martin RL, 2014; Landorf KB, 2015).

Taloneras: aunque son utilizadas, las evidencias para su recomendación son débiles (Landorf KB, 2015).

Infiltración con corticoides: no debe ser considerada como tratamiento de primera línea. Mejoran discretamente el dolor tanto si se realizan por palpación como guiadas por ultrasonidos. No hay evidencias para sugerir su uso asociado a anestésicos locales ni la utilización de estos de forma aislada. El mayor problema son los efectos secundarios que incluyen: rotura de la fascia plantar, infección, atrofia de la grasa plantar, lesiones cutáneas, afectación de nervio periférico y daño muscular. No hay evidencias que ayuden a la elección del corticoide utilizado, aunque la rotura de la fascia plantar se correlaciona más con la solubilidad y tiempo de acción del mismo. La elección de este tipo de terapia debe ser muy individualizada, los pacientes no obesos y sin infiltraciones previas serán los mejores candidatos para su uso (Lareau CR, 2014; Berbrayer D, 2014; Martin RL, 2014; Landorf KB, 2015; Ang TW, 2015).

Fisioterapia: las evidencias se apoyan en estudios con deficiencias metodológicas.

- Ondas de choque: su uso ha demostrado ser eficaz en el control del dolor crónico de la FP cuando no ha respondido a otros tratamientos (Dizon JN, 2013; Aqil A, 2013; Yin MC, 2014).
- Iontoforesis: realizada con ácido acético o **ketoprofeno** en gel, obtiene mejores resultados a corto plazo, para el control del dolor en la fase aguda (Martin RL, 2014; Díaz López AM, 2014; Berbrayer D, 2014).
- Laserterapia y magnetoterapia: algún estudio demuestra mejoría del dolor con estas técnicas. En el caso de la magnetoterapia se necesitan al menos 15 sesiones para mejorar el dolor en un 90% (Díaz López AM, 2014).

Salvo con el uso de las ondas de choque, la combinación de varias técnicas parece ser más efectiva (Díaz López AM, 2014).

Infiltraciones con toxina botulínica A: algunos estudios sugieren su eficacia en el control del dolor, incluso frente a los corticoides, pero son necesarios más trabajos que confirmen esta hipótesis (Elizondo-Rodríguez J, 2013; Berbrayer D, 2014).

Inyección de plasma rico en plaquetas: existen estudios que sugieren su eficacia en la FP cronificada, pero son precisos trabajos mejor diseñados para confirmarlo (NICE, 2012; Franceschi F, 2014; Berbrayer D, 2014).

Cirugía: se reserva para pacientes con FP cronificada que no se resuelve con ningún otro tratamiento. La fasciotomía percutánea es la técnica habitualmente utilizada. Los resultados con mejoría de las molestias plantares suele ser mayor en pacientes con poco engrosamiento de la fascia plantar, mínimo tejido cicatricial y algún osteofito. Actualmente se lleva a cabo también la criocirugía, utilizando muy bajas temperaturas para la destrucción del tejido afectado. La resección del gemelo se reserva para aquellos casos con FP y contractura del mismo (Young C, 2012; Lareau CR, 2014; Berbrayer D, 2014; Martin RL, 2014; Landorf KB, 2015).

La derivación a segundo nivel no es habitualmente necesaria salvo que el diagnóstico no esté claro, no exista respuesta al tratamiento o existan otras causas que justifiquen el dolor (Young C, 2012).

Bibliografía

- Ang TW. The effectiveness of corticosteroid injection in the treatment of plantar fasciitis. Singapore Med J. 2015;56(8):423-32. PubMed **[PMID: 26311907](#)**. **[Texto completo](#)**
- Aqil A, Siddiqui MR, Solan M, Redfern DJ, Gulati V, Cobb JP. Extracorporeal shock wave therapy is effective in treating chronic plantar fasciitis: a meta-analysis of RCTs. Clin Orthop Relat Res. 2013;471(11):3645-52. PubMed **[PMID: 23813184](#)**. **[Texto completo](#)**
- Beeson P. Plantar fasciopathy: revisiting the risk factors. Foot Ankle Surg. 2014;20(3):160-5. PubMed **[PMID: 25103701](#)**
- Berbrayer D, Fredericson M. Update on evidence-based treatments for plantar fasciopathy. PM R. 2014;6(2):159-69. PubMed **[PMID: 24365781](#)**
- Buchbinder R. Plantar fasciitis. En: Isaac Z, Ramirez Curtis M, editors. UpToDate. Disponible en: **<http://www.uptodate.com/contents/plantar-fasciitis>**
- De Garceau D, Dean D, Requejo SM, Thordarson DB. The association between diagnosis of plantar fasciitis and Windlass test results. Foot Ankle Int. 2003;24(3):251-5. PubMed **[PMID: 12793489](#)**
- Díaz López AM, Guzmán Carrasco P. Effectiveness of different physical therapy in conservative treatment of plantar fasciitis: systematic review. Rev Esp Salud Pública. 2014;88(1):157-78. PubMed **[PMID: 24728397](#)**. **[Texto completo](#)**
- Dizon JN, Gonzalez-Suarez C, Zamora MT, Gambito ED. Effectiveness of extracorporeal shock wave therapy in chronic plantar fasciitis: a meta-analysis. Am J Phys Med Rehabil. 2013;92(7):606-20. PubMed **[PMID: 23552334](#)**
- Elizondo-Rodríguez J, Araujo-Lopez Y, Moreno-Gonzalez JA, Cardenas-Estrada E, Mendoza-Lemus O, Acosta-Olivo C. A comparison of botulinum toxin a and intralesional steroids for the treatment of plantar fasciitis: a randomized, double-blinded study. Foot Ankle Int. 2013;34(1):8-14. PubMed **[PMID: 23386757](#)**. **[Texto completo](#)**
- Franceschi F, Papalia R, Franceschetti E, Paciotti M, Maffulli N, Denaro V. Platelet-rich plasma injections for chronic plantar fasciopathy: a systematic review. Br Med Bull. 2014;112(1):83-95. PubMed **[PMID: 25239050](#)**. **[Texto completo](#)**
- García-Campos J, Pascual-Gutiérrez R, Ortega-Díaz E, Martos-Medina D, Martínez-Merino F, Hernández-Sánchez S. Estiramientos del tendón de Aquiles para la fascitis plantar. ¿Son efectivos? Rehabilitación. 2011;45(1):57-60. **[Texto completo](#)**
- Landorf KB. Plantar heel pain and plantar fasciitis. BMJ Clin Evid. 2015;2015. PubMed **[PMID: 26609884](#)**
- Lareau CR, Sawyer GA, Wang JH, DiGiovanni CW. Plantar and medial heel pain: diagnosis and management. J Am Acad Orthop Surg. 2014;22(6):372-80. PubMed **[PMID: 24860133](#)**
- Martin RL, Davenport TE, Reischl SF, McPoil TG, Matheson JW, Wukich DK, et al; American Physical Therapy Association. Heel pain-plantar fasciitis: revision 2014. J Orthop Sports Phys Ther. 2014;44(11):A1-33. PubMed **[PMID: 25361863](#)**. **[Texto completo](#)**
- NICE: Autologous blood injection for plantar fasciitis. 2012. Disponible en: **<http://www.nice.org.uk/guidance/ippg437>**
- Podolsky R, Kalichman L. Taping for plantar fasciitis. J Back Musculoskelet Rehabil. 2015;28(1):1-6. PubMed **[PMID: 24867905](#)**
- Schwartz EN, Su J. Plantar fasciitis: a concise review. Perm J. 2014;18(1):e105-7. PubMed **[PMID: 24626080](#)**. **[Texto completo](#)**
- Yin MC, Ye J, Yao M, Cui XJ, Xia Y, Shen QX, et al. Is extracorporeal shock wave therapy clinical efficacy for relief of chronic, recalcitrant plantar fasciitis? A systematic review and meta-analysis of randomized placebo or active-treatment controlled trials. Arch Phys Med Rehabil. 2014;95(8):1585-93. PubMed **[PMID: 24662810](#)**
- Young C. In the clinic. Plantar fasciitis. Ann Intern Med. 2012;156(1_Pt_1):ITC1-1-15. PubMed **[PMID: 22213510](#)**

Más en la red

- Covey CJ, Mulder MD. Plantar fasciitis: How best to treat? J Fam Pract. 2013 Sep;62(9):466-71. PubMed **[PMID: 24080555](#)**
- Martin RL, Davenport TE, Reischl SF, McPoil TG, Matheson JW, Wukich DK, et al; American Physical Therapy Association. Heel pain-plantar fasciitis: revision 2014. J Orthop Sports Phys Ther. 2014;44(11):A1-33. PubMed **[PMID: 25361863](#)**. **[Texto completo](#)**
- Tu P, Bytowski JR. Diagnosis of heel pain. Am Fam Physician. 2011 Oct 15;84(8):909-16. PubMed **[PMID: 22010770](#)**

Autores

- | | |
|----------------------------|--|
| ■ Carmen Castiñeira Pérez | Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1) |
| ■ Carmen Costa Ribas | Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2) |
| ■ Leticia Boyero Fernández | Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria (1) |
| ■ Juan Francisco Ollarves | Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria (1) |

(1) Servicio de Atención Primaria de Fingoy. Servicio Galego de Saúde. Lugo. España.
(2) Centro de Salud de Vila. Ibiza, Illes Balears. España.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

