

CASO CLÍNICO

Neurinoma interdigital.

Antonio Espino García¹, Carmen Jorge Tufet², Gemma Carré Gaya³, Sara Porta Acosta⁴, Alba Capdevila Parramona⁵, Joanna Cuadrat Capdevila⁶.

1. Médico de Familia. ABS bordeta-Magraners.
2. Residente de 4º año de MFyC. ABS bordeta-Magraners.
3. Residente de 4º año de MFyC. ABS bordeta-Magraners.
4. Médico de Familia. ABS bordeta-Magraners.
5. Médico de Familia. ABS bordeta-Magraners.
6. Médico de Familia. ABS bordeta-Magraners.

Antonio Espino García.

E-mail: aespino@comll.cat / aespino.lleida.ics@gencat.cat

Citar como: Espino García A.; Jorge Tufet C.; Carré Gaya G.; Porta Acosta S.; Capdevila Parramona A. y Cuadrat Capdevila J. Neurinoma interdigital. fml. 2016; 20(25):4p

Recibido el 20/10/2014
Aceptado el 28/06/2016
Publicado el 27/09/2016

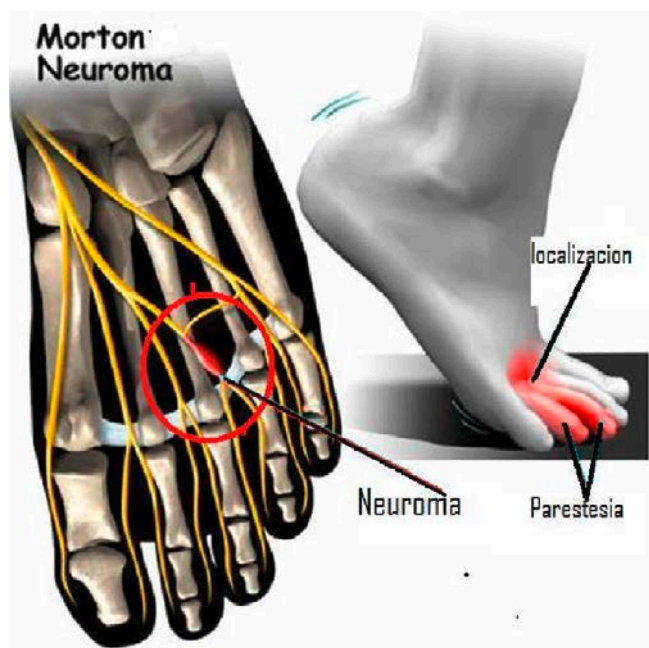
Datos de interés

El neuroma de Morton es una patología frecuente del pie que afecta normalmente al tercer espacio interdigital. El dolor que se localiza en antepié llega a ser importante y persistente. En general, no hay consenso acerca del tratamiento más indicado para esta patología; puede basarse en la infiltración, la plantilla, la cirugía

Introducción

El neuroma de Morton (neurinoma interdigital o neuroma plantar) (figura 1) es un engrosamiento del nervio digital plantar provocado por una reacción fibroblástica perineural, epineural e intraneural con esclerosis de las paredes arteriolares que nutren el tejido nervioso, en el que se produce la degeneración de las fibras nerviosas. (1)

Figura 1.

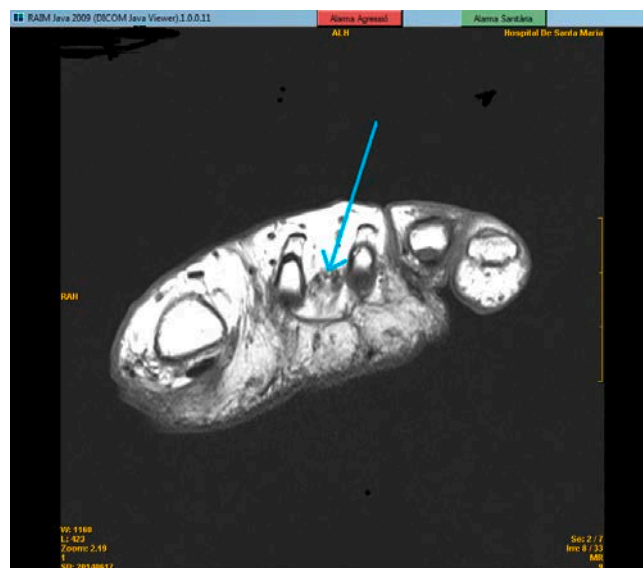


Usualmente se localiza entre el 3º y 4º metatarsiano (75-80%), en un 17% de los casos entre el 2º y 3º. Presenta una incidencia en mujeres 6-18 veces mayor que en los hombres. Es más frecuente entre los 15 y 50 años.

El origen es por compresión del nervio interdigital que es el más grueso del pie y está sometido a mayores traumatismos: la dorsiflexión excesiva

en los dedos de los pies producidas generalmente por los zapatos estrechos o de tacón alto, traumas constantes en el pie en los deportistas, esguinces o fracturas o por factores biomecánicos (debido a una hiperpronación del pie y dismetría de los miembros inferiores). El dolor se produce por la presión que sufre el nervio engrosado al pasar por debajo del ligamento intermetatarsal. (2)

Figura 2.



Constituye una patología de controversia respecto a su etiología y tratamiento en la práctica clínica. La presentación bilateral es relativamente poco común, como también lo es más de una lesión en el mismo pie.

Descripción del caso clínico

Motivo de consulta: Paciente de 55 años que presenta un dolor quemante de 4 meses de evolución en pie izquierdo, persistente y con calambres entre el espacio 3º y 4º de los metatarsianos. El dolor aumenta con la deambulación y disminuye con el reposo, retirada de calzado y masaje de la zona. El dolor puede ser más o menos intenso según el calzado utilizado. No ha presentado traumatismo ni esguince previo.

Antecedentes médicos: Fumadora habitual, no enolismo. HTA que controla con dieta y enalapril 20 mg/día. Dislipemia que controla con dieta. Síndrome de túnel carpiano derecho intervenido.

No presenta otros antecedentes de interés. No alergias conocidas.

Exploración: ACR normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. Analítica: hemograma, función renal y hepática normal. Dolor a la palpación y presión en el tercer espacio interdigital, callosidades plantares de predominio anterior. No nódulos ni signos inflamatorios.

Evolución: Se le pauta reposo e ibuprofeno 600 mg/8h. Acude a los 7 días explicando que el dolor no ha cedido y se ha hecho más intenso.

Se le realiza una radiografía del pie que es normal. Pedimos una ecografía para descartar patología en las estructuras blandas que también es normal. Finalmente se solicita una RM pie izquierdo (figura 2): imagen compatible con Neuroma de Morton, tumoración de 6 mm de diámetro máximo en 3er espacio interdigital. No se aprecian alteraciones de las partes blandas. Ni afectación de señal ósea ni afectación en metatarso.

Es derivada a traumatólogo por la persistencia de los síntomas donde se le ha practicado dos infiltraciones con anestésico y corticoides sin respuesta adecuada. Es programada para realizar intervención quirúrgica con abordaje dorsal. A los 30 días de la intervención la paciente se encuentra asintomática.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico es básicamente clínico. El diagnóstico diferencial del Neuroma de Morton (dolor neuropático) se realizará con la lesión de la placa plantar de la articulación metatarso-falángica (dolor mecánico) y con otros tipos de metatarsalgia. Si el dolor se localiza en el espacio interdigital más que en la cara plantar de la base de la falange proximal o cara dorsolateral de la 2ª articulación metatarso-falángica, probablemente se trate de un neuroma. La presencia de callosidades en el centro del pie puede orientar el diagnóstico hacia una metatarsalgia mecánica pero ambos procesos pueden coexistir. Además existen casos en

que hay más de un neuroma, en el segundo y el tercer espacio intermetatarsiano.

A parte de la clínica, las pruebas de imagen (3) son eficaces en el 80% de los casos. La RMN es la prueba de elección. La ecografía sólo visualizará imágenes mayores de 5 mm. La radiografía simple en carga o oblicuas del antepie aportan poca información.

Otras entidades menos frecuentes son: Fractura de estrés, artritis reumatoide, enfermedad de Freiberg, síndrome de predislocación, isquemia, vasculitis, síndrome del Túnel Tarsiano, neuropatía periférica y bursitis intermetatarsal.

Discusión

En la exploración física generalmente al apretar con una mano las cabezas metatarsianas mientras se aplica presión con la otra en el interespacio plantar y dorsal se suele provocar un dolor intenso. También se produce dolor a la presión transversa de la parte delantera del pie dando lugar al mencionado signo de Mulder (4); al presionar las cabezas metatarsianas se produce un “click” producido por el movimiento del neuroma en dirección dorsal. El signo de Lasègue correspondiente al primer dedo es positivo (hiperextensión de la articulación metatarsofalángica). La dorsiflexión activa o pasiva de los dedos agrava los síntomas. No obstante en el 30% de los casos de neuroma de Morton no se observan anomalías.

El tratamiento conservador (5) incluye la utilización de fármacos antiinflamatorios no esteroideos, tacones bajos, zapatos con punta amplia con un buen soporte para el arco y el uso de plantillas, barras o almohadillas metatarsianas que separan las cabezas de los metatarsianos haciendo que no compriman o irriten tanto al nervio.

También se puede utilizar ultrasonidos, estimulación eléctrica, hidromasaje y masaje.

La inyección local de corticoides o anestésicos en el espacio interdigital afectado ha obtenido



discretos resultados. Se recomienda un número máximo de infiltraciones de 3-4, espaciadas como mínimo 3-4 semanas. Tras la infiltración se recomienda hacer reposo relativo durante 48 horas. No realizar más de 2 infiltraciones si no han sido eficaces.

Otra alternativa es la esclerosis del nervio mediante infiltraciones con alcohol absoluto que aporta un 70% de resolución. (6)

La neuroablación criogénica consiste en utilizar una sonda de 5.5 mm que se enfría a -70°C y produce la destrucción del tejido nervioso, se puede alcanzar un 65% de éxitos.

El tratamiento quirúrgico (7) obtiene un 80% de éxitos; consiste en la extracción del nervio engrosado (neurectomía) junto a la descompresión que se produce tras la sección del ligamento intermetatarsal. Está indicado una vez fracasado el tratamiento conservador y habiendo descartado otras causas posibles de metatarsalgia que pueden coexistir con el neuroma interdigital. El abordaje dorsal es el más frecuente. La otra vía de abordaje es la plantar, en la cual la incisión se hace en la planta del pie. Este abordaje permite la resección del neuroma sin seccionar el ligamento intermetatarsal, pero el paciente debe utilizar muletas cerca de 3 semanas y la cicatriz puede provocar incomodidad en la marcha o con el deporte, por lo que no es de elección en deportistas. Se reserva para casos de neuroma recurrente.

En los últimos años se ha introducido el método endoscópico de descompresión del nervio común intermetatarsiano (8) (método EDIN –Endoscopic Decompression of the Intermetatarsal Nerve-) Este procedimiento utiliza técnicas endoscópicas poco invasivas que permiten al paciente retomar sus actividades de la vida diaria mucho más rápidamente que con la cirugía tradicional. Todo el procedimiento se lleva a cabo bajo anestesia local y sedación y no dura más de 20 minutos, siendo dado de alta el paciente en dos días, sin la necesidad de escayola.

En definitiva, el neuroma de Morton, es una patología relativamente frecuente en atención prima-

ria pero no solemos pensar en ella. La sospecha que proporciona los factores de riesgo: tacones altos, zapatos estrechos, deportistas, etc permite un abordaje precoz. La ayuda de la RMN permitirá la derivación al traumatólogo y/o a podología donde se instauraran las técnicas más recomendadas. En el caso que no funcionen se habrá de decidir la cirugía más indicada.

Referencias de interés y enlaces web

www.iqb.es/neurologia/enfermedades/neuroma_de_morton.htm. Madrid. Monografía revisada el 15 de marzo de 2011. Equipo de redacción de IQB. Responsable científico de IQB: Álvaro Galiano Ramos

Bibliografía

1. Rayo Rosado R, Juárez Jiménez JM, Córdoba Fernández A. El neuroma de Morton a través de un caso clínico. *Podología Clínica* 2002; 3(1): 14-19.
2. Alicia Fidalgo Rodríguez. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Neuroma de Morton a propósito de un caso clínico. Serie Sesiones clínicas Podológicas. 3 (1): 1-13, 2011.*
3. César Hernández de la Peña ; María Luisa Vega González *Neuroma de Morton: Diagnóstico por Imagen. Revista Internacional de Ciencias Podológicas Vol. 4, Núm. 1, 2010, 37-43.*
4. López Lorente A, García Campos J, Cantó Nuñez L, Ortega Díaz E, González Úbeda R. *Pruebas clínicas para el diagnóstico de la fibrosis perineural de Morton. Rev Esp Podol. 2008; XIX (2): 64-67.*
5. Saygi B, Yildirim Y, Saygi EK, Kara H, Esemeli T. *Morton neuroma: comparative results of two conservative methods. Foot Ankle Int 2005 Jul; 26 (7): 556-9.*
6. Mir Gil J, Pérez Sanmartín A, Córdoba Fernández A, Luque Jara L, Delgado García F, Ruiz Garrido G. *Infiltraciones de alcohol etílico en el tratamiento del neuroma de Morton. Rev Esp Podol 2008; XIX (5): 196-199.*
7. Thomas JL, Blich EL, Chaney DM, Dinucci KA, Rubin LG, Stapp MD et al. *Diagnosis and treatment of forefoot disorders. Section 3. Morton's intermetatarsal neuroma. Journal of foot and Ankle Surgery 2009; 48(2): 251-256.*
8. Thomson CE, Gibson JNA, Martin D. *Intervenciones para el tratamiento del neuroma de Morton. La Biblioteca Cochrane Plus, 2007; 4. Fecha de consulta: 11 enero 2011. Disponible en: <http://www.update-software.com>.*