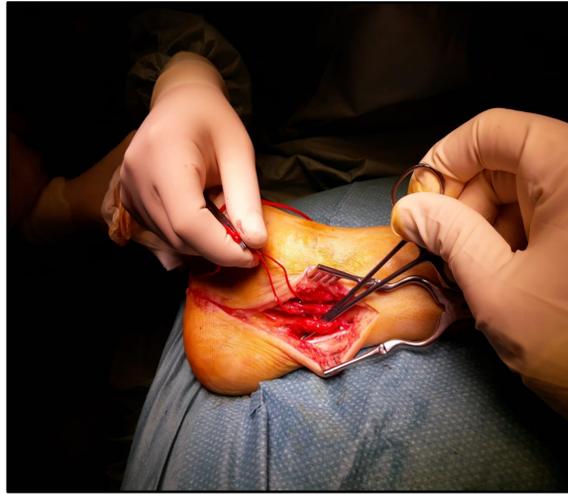


# SÍNDROME DEL TUNEL TARSIANO. NUESTRA EXPERIENCIA QUIRÚRGICA.

**Autores:** V.M. Teruel González., J.M<sup>a</sup>. García Pesquera., R. M<sup>a</sup>. Llorente Pascual., J. Cunchillos Pascual., J.A. Suero Mangas.  
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario de Burgos.

## OBJETIVOS

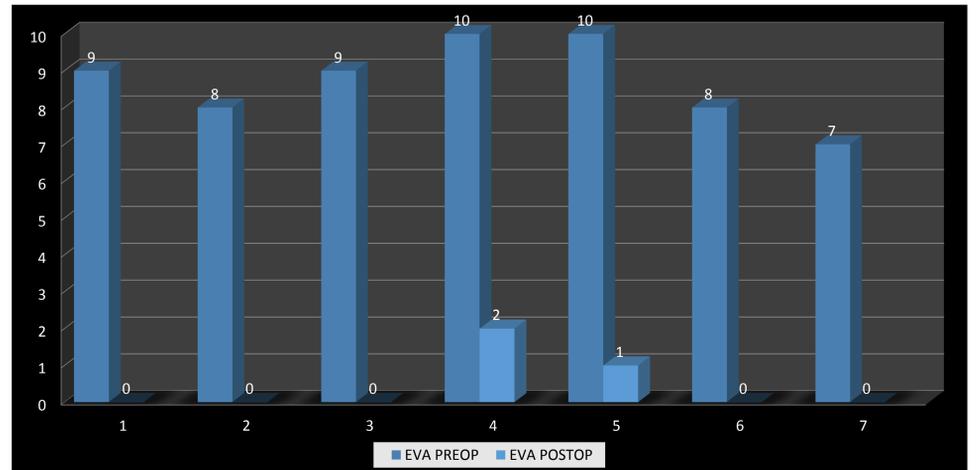
El síndrome del túnel del tarso es una patología, que se caracteriza por dolor difuso en la planta del pie y sensación quemante. Es producido por la compresión del nervio tibial o de alguna de sus ramas terminales a nivel retromaleolar. Es similar al síndrome del túnel, pero su frecuencia en diagnóstico y tratamiento quirúrgico es mucho menor. Analizar el tratamiento quirúrgico: apertura del canal de Richet y neulolisis nervio tibial y sus ramas terminales es nuestro propósito.



## MATERIAL Y MÉTODOS

01-01-2018 /31-12-2019 se operaron 7 pacientes con un seguimiento mínimo de 6 meses. En todos los casos hubo de inicio tratamiento conservador con analgésicos, AINES, antineuríticos, ortesis, rehabilitación y 3 infiltraciones de 1cc de corticoide y 1 cc de anestésico local. Se realizaron en todos los pacientes estudio radiográfico simple (Ap y lateral de pies en carga), ecográfico y electromiográfico. Se analiza la profesión de los enfermos y los resultados preoperatorios y postoperatorios con las escalas EVA y Maryland Foot Score.

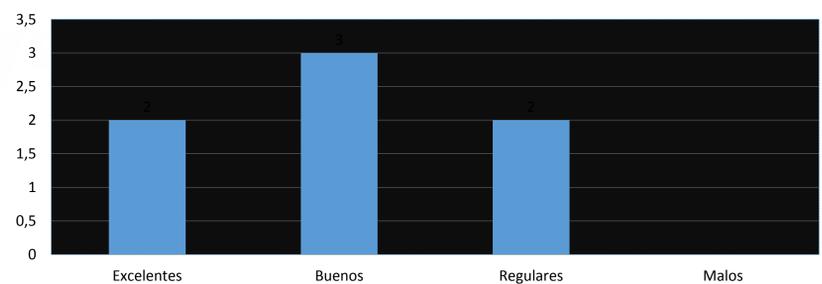
**PROFESIONES:** 1 cartero, 2 empleadas de la limpieza, 2 dependientes, 2 trabajadores de cadena de producción.  
**SEXO:** 4 mujeres, 3 hombres.



## RESULTADOS

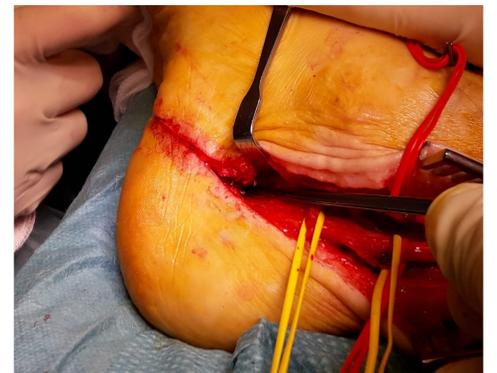
La mejoría fue muy evidente en las escalas de valoración. Las parestesias y disestesias, que referían los pacientes tardaron mucho más tiempo en desaparecer, pero no se objetivaban en la exploración clínica realizada en el seguimiento de consultas. Hubo 2 problemas de cicatrización de la herida, granuloma de cuerpo extraño y dehiscencia de herida que requieren reintervención a nivel de la cicatriz con anestesia local.

ESCALA MARYLAND FOOT SCORE



## CONCLUSIONES

- El diagnóstico de esta dolencia es fundamentalmente clínico, pues las pruebas complementarias pueden no ser concluyentes, (en todos nuestros casos dio negativo el electromiograma).
- Esta dolencia a pesar de estar bien documentada en la literatura, no es bien conocida en la práctica diaria.
- Las ortesis que usamos son de descarga plantar y si existe alteraciones en la alineación del retropie con cuñas correctoras en varo o en valgo
- Siempre se aplica la cirugía después del tratamiento conservador cuando no es efectivo y mínimo 6 meses..
- Un hándicap que nos encontramos para la mejoría de los déficits sensitivos es el elevado tiempo que tenemos en los sistemas públicos de salud desde que se apunta para operar, hasta que se puede intervenir, con tiempos de espera cercanos a los 12 meses, que al tratarse de un síndrome canicular entorpecen la regeneración nerviosa.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Gomar Sancho F, Silvestre Muñoz A. "Síndromes canaliculares de los miembros". En: Manual de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Coordinador Forriol Campos 2ª Edición. Tomo I. Madrid: Ed Médica Panamericana; 2010. p201-9.
2. Proubasta I. Editor. Directores Cáceres E, Majó J: "Síndromes compresivos de los nervios periféricos". En: Lecciones Básicas en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Barcelona: Publicaciones Permanyer; 2007. p 289-312.
3. Fernández Bisbal P J, Delgado Martínez A D, Otero Fernández R. "Síndromes neurológicos compresivos de las correderas osteofibrosas. Tumores de los nervios periféricos." En: Cirugía ortopédica y Traumatología Director Alberto D Delgado Martínez Madrid: Ed Médica Panamericana; 2009.105-15.
4. Casañas Sintés J. "Neuropatías compresivas del miembro inferior". En: Neuropatías compresivas y de atrapamiento. Autores García López A., Sánchez Rosales R., López Durán Stern L.. Madrid: Ed. Momento Médico Iberoamericana, s.l. 2007. p 217-26.

