

SÍNDROME DEL CANAL TARSIANO

Hospital de San Rafael
(BARCELONA)

Dr. J. C. GONZÁLEZ CASANOVA

Aunque la primera descripción de una compresión del nervio tibial posterior consecutiva a un traumatismo fue efectuada por POLLOCK, en 1932, fue NECK el que en 1962 dio entidad al síndrome que nos ocupa.

Está provocado por la compresión sobre el nervio tibial posterior o sobre alguna de sus ramas terminales (nervio plantar interno, nervio plantar externo y rama calcánea interna) a nivel del canal retrosubmaleolar interno de Richet.

RECUERDO ANATÓMICO

El canal de Richet es estrecho y está constituido por una pared ósea formada por la cara interna del calcáneo, la cara posterior del astrágalo y el borde posterior del maléolo interno, completándose por arriba por el ligamento anular interno del tarso o retináculo flexor y por abajo por el músculo abductor del dedo gordo, quedando de esta forma constituido un desfiladero inextensible que comunica la pierna con la región plantar y que provoca en el pedículo vásculo-nervioso y en los tendones retromaleolares un cambio de dirección de 90°, que ya constituye de por sí un elemento de agresión y de irritación. Muy frecuentemente las ramas calcáneas se desprenden del tibial posterior por encima del ligamento retinacular, de ahí el hecho de que no siem-

pre en este síndrome esté presente la talalgia como síntoma.

ETIOLOGÍA

La mayor parte de los casos son debidos a lesiones traumáticas en el territorio descrito, como pueden ser los esguinces graves de tobillo; lesiones por aplastamiento, fracturas distales de tibia, fracturas o fracturas-luxaciones de tobillo, fracturas de astrágalo y sobre todo, fracturas del calcáneo con hundimiento talámico y estrechamiento del canal como consecuencia del ensanchamiento postfractuario de dicho hueso.

Otras causas pueden dar lugar a la ocupación del canal tarsiano como tenosinovitis de los tendones retromaleolares, gangliones de dichas vainas, engrosamientos adiposos o francos lipomas, hipertrofias varicosas del plexo venoso, barras astrágalo-calcáneas o hipertrofias del sustentaculum tali.

En ocasiones, la lesión del nervio tibial posterior o de sus ramas será secundaria a una intervención quirúrgica, como puede ser una artrodesis subastragalina o una osteotomía de calcáneo.

No es infrecuente que el cuadro clínico se presente sin antecedentes claros y que la exploración quirúrgica no revele ningún dato significativo.

SINTOMATOLOGÍA

La compresión del paquete vasculo-nervioso tibial posterior nos va a dar dos tipos diferentes de síntomas, unos claramente neurológicos y otros vasculares.

1. Síntomas neurológicos: existirán dolores neurálgicos, muchas veces espontáneos, localizados a nivel del canal y que pueden irradiarse a la planta del pie o a la pantorrilla y que pueden aumentar localmente o a distancia por la presión (signo de Tinel positivo) y por la movilización activa.

Son muy significativas las parestesias en forma de hormigueo, sensación de quemazón, acompañadas de fenómenos de hipo o hiperestesia de la planta del pie y de los dedos, siguiendo el territorio de inervación de las ramas afectadas que en muchas ocasiones contrasta con la ausencia de manifestaciones subjetivas a nivel del talón.

De forma muy excepcional va a existir un déficit motor a nivel de los músculos inervados por las ramas plantares del nervio tibial posterior.

2. Sintomatología vascular: estará representada por la aparición de trastornos tróficos, osteoporosis y edema.

Localmente podrá existir un empastamiento palpable a nivel de la zona del canal, siendo inmensamente significativa la localización del Tinel a este nivel, pudiéndose palpar así mismo los engrosamientos de la pared ósea o de las hipertrofias del sustentaculum tali.

Teóricamente la afectación neurológica podrá ser objetivada mediante estudios electromiográficos. Contrariamente con lo que ocurre a nivel de la muñeca con el síndrome del canal carpiano, en el canal tarsiano es muchísimo más difícil detectar alteraciones electromiográficas y de la velocidad de conducción.

Coincidimos con la mayoría de autores en que aún con la normalidad de estas pruebas, no puede excluirse el diagnóstico de síndrome del canal tarsiano si la clínica es evidente.

TRATAMIENTO

Se han propuesto como tratamiento conservador las infiltraciones locales con corticoides, que nosotros personalmente no realizamos, utilizando tan sólo la infiltración con novocaína asociada a tratamiento general con antiinflamatorios y antineuríticos.

En caso de no remitir la sintomatología efectuamos el *tratamiento quirúrgico* mediante la utilización de una vía de abordaje retrosubmaleolar interna, realizando la neurólisis del tibial posterior y liberando completamente las tres ramas terminales del T.P.

En esta intervención procuraremos no lesionar las pequeñas y a veces múltiples ramas calcáneas internas.

Si la simple liberación nos parece insuficiente por la existencia de pseudoneuromas, fibrosis o engrosamientos epineurales, deberemos realizar una endoneurolisis con aumento óptico, incidiendo longitudinalmente el epineuro y despegándolo de los planos profundos a la manera como se deslía un cigarrillo. Posteriormente puede rodearse el nervio con tejido adiposo, para evitar su englobamiento posterior en tejido cicatricial.

CASUÍSTICA

Hemos revisado 20 historias clínicas de pacientes intervenidos quirúrgicamente del síndrome del canal tarsiano entre los años 1978 y 1988.

Este escaso número nos pone de manifiesto la infrecuencia de esta patología, por lo menos en nuestro medio.

En lo que se refiere al sexo de los pacientes existe un discreto predominio de los varones sobre las hembras, en una proporción de 12 a 8.

Las edades abarcan una gran amplitud, siendo nuestro paciente más joven de 17 años y el mayor de 56 años.

En tantos por ciento, la sintomatología presentada en estos casos es la que sigue:

Tinel.....	99%
Dolor irradiado plantar.....	70%
Disestesias-Hipoestesias	30%
Talalgia.....	20%

La electromiografía, como prueba diagnóstica, nos ha sido de muy poca utilidad, ya que sus resultados han sido muy poco significativos. A pesar de que en muchas ocasiones las exploraciones se encontraban dentro de la normalidad, nuestro electromiografista no excluía la existencia de un canal tarsiano puramente sensitivo.

Las causas de nuestros casos revisados vienen reflejadas en el siguiente cuadro:

Fractura talámica de calcáneo	2
Fractura-luxación tibio astragalina....	2
Cicatriz adherente postraumática....	1
Esguince recidivante de tobillo	1
Panartrodesis pie.....	1
Tarsectomía.....	1
Hipertrofia del sustentaculum tali....	1
Acúmulo adiposo.....	1
Quiste sinovial.....	2
Anomalía anatómica.....	1
Hipertrofia venosa.....	1

Hipertrofia aductor.....	1
Fibrosis retinacular.....	1
Sin causa aparente.....	4

CONCLUSIONES

- El síndrome del canal tarsiano es poco frecuente en nuestro medio.
- Para el diagnóstico nos basamos principalmente en la clínica, dando más fiabilidad a la misma que a la electromiografía.
- Los trastornos motores son excepcionales.
- La talalgia se presenta en pocas ocasiones, dado que en la mayor parte de los casos las ramas calcáneas se desprenden del tibial posterior por encima del ligamento anular interno.
- La neurólisis quirúrgica da generalmente buenos resultados.
- Coincidimos con la mayoría de autores al no aconsejar las reintervenciones debido al gran número de fracasos que las mismas ocasionan.

BIBLIOGRAFÍA

1. CONCEJERO LÓPEZ, V.; CACHERO, D.; GUILLÉN GARCÍA, P.: *Síndrome del canal tarsiano, Lesiones del tarso*, V Symposium Internacional de Traumatología, Edit. Mapfre, Madrid, 1979 (513-532).
2. DE STOOP, N.: *Tarsal Tunnel Syndrome: A series of 17 operated cases*. «Act. Med. Chir. Pied. T. XVI, Ginebra, 1986 (159-164).
3. FICAT, P.: *Le syndrome du tunnel tarsien, Annales de Podologie*, Tome V, París, 1966-1967 (22-33).
4. GIANNISTRAS, N. J.: *Trastornos del pie*, Salvat Edit., Barcelona, 1979.
5. LAPLANE, D.: *Diagnóstico de las lesiones nerviosas periféricas*, Elicien, París, 1973.
6. LEAL, V.; ESCARPENTER, J.: *Talalgias*, en *Diez lecciones sobre patología del pie*, de A. Viladot Pericé, Edic. Toray, S. A., Barcelona, 1979 (133-160).
7. LELIEVRE, J.; LELIEVRE, J. F.: *Patología del pie*, Toray-Masson, Barcelona, 1982.
8. MANN, R. A.: *Cirugía del pie*, Edit. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1987.
9. REGNAULD, B.: *Techniques chirurgicales du pied*. Masson et Cie., París, 1974.
10. REGNAULD, B.: *The foot*, Springer-Verlag, Berlín Heidelberg, 1986.