

NEUROMA DE MORTON

Autors: Antonio Espino García¹, Carmen Jorge Tufet¹, Agustín Martín Blázquez²

¹ Metge de família.

² Resident de 1r any de Medicina de família
ABS Bordeta-Magraners

Correspondència: aespino.lleida.ics@gencat.cat

Revisors: Mèncià Benítez i Francesc Moreno

Publicat: febrer 2016

Antonio Espino García, Carmen Jorge Tufet, Agustín Martín Blázquez (2016)

Neuroma de Morton

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol34/iss1/3>

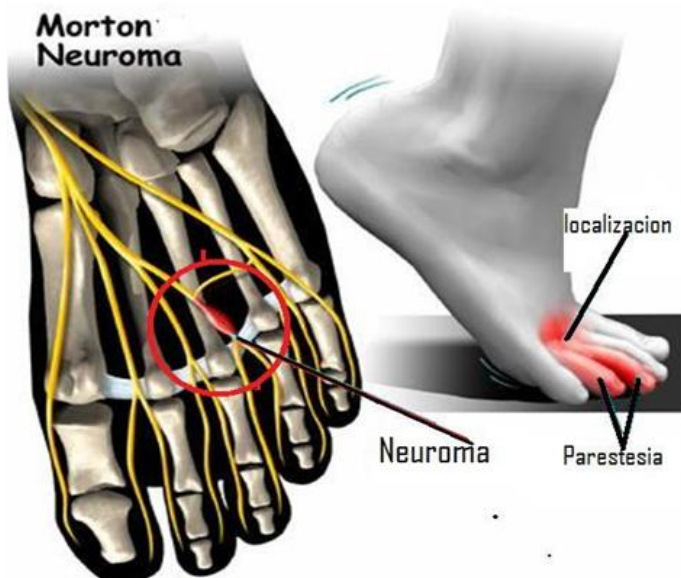
*Aquest és un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)*

RESUM

El neuroma de Morton (neurinoma interdigital o neuroma plantar) (figura 1) és un engruïment del nervi digital plantar provocat per una reacció fibroblàstica perineural, epineural i intraneural amb esclerosi de les parets arteriolars que nodreixen el teixit nerviós, en el qual es produeix la degeneració de les fibres nervioses¹. Usualment es localitza entre el 3r i 4t metatarsià (75-80%) i en un 17% dels casos entre el 2n i 3r. Presenta una incidència en dones 6-18 vegades més gran que en els homes. És més freqüent entre els 15 i els 50 anys. L'origen és per compressió del nervi interdigital que és el més gruixut del peu i està sotmès a majors

traumatismes: la dorsiflexió excessiva en els dits dels peus produïdes generalment per les sabates estretes o de taló alt, traumes constants en el peu en els esportistes, esquinços o fractures o per factors biomecànics (degut a una hiperpronació del peu i dismetria dels membres inferiors). El dolor es produeix per la pressió que pateix el nervi engruït en passar per sota del lligament intermetatarsal². Constitueix una patologia de controvèrsia respecte a la seva etiologia i tractament en la pràctica clínica. La presentació bilateral és relativament poc comuna, com també ho és més d'una lesió al mateix peu.

Figura 1



DESCRIPCIÓ

Motiu de consulta: Pacient de 55 anys que presenta un dolor urent de 4 mesos d'evolució en peu esquerre, persistent i amb rampes entre l'espai 3r i 4t dels metatarsians. El dolor augmenta amb la deambulació i disminueix amb el repòs, la retirada de calçat i el massatge de la zona, i canvia d'intensitat segons el calçat utilitzat. No ha presentat presentat traumatisme ni esquinç previ.

Antecedents mèdics: Fumadora habitual de 20 cigarrets/dia, no enolisme. HTA que controla amb enalapril 20 mg/dia. Dislipèmia que controla amb dieta. Síndrome de túnel carpià dret intervingut. No al·lèrgies conegudes.

Exploració: Auscultació cardiorespiratòria normal, Abdomen normal, Exploració neurològica normal. Dolor a la palpació i pressió en el tercer espai interdigital, callositats plantars de predomini anterior. No nòduls ni signes inflamatoris. Anàlítica: glucosa 109 mg/dL, creatinina 0.45 mg/dL, filtrat glomerular > 90 mL/min/1.73 m², àcid úric 6.8 mg/dL, colesterol 280 mg/dL, HDL 51 mg/dL, LDL 188.6 mg/dL,

triglicèrids 202 mg/dL GPT 35 U/L, GGT 41 U/L, leucòcits 9.15 x10⁹/L, Htes 4.51 x10¹²/L, Hb 13 gr/dl, Hto 39.3 %, plaquetes 205 x10⁹/L.

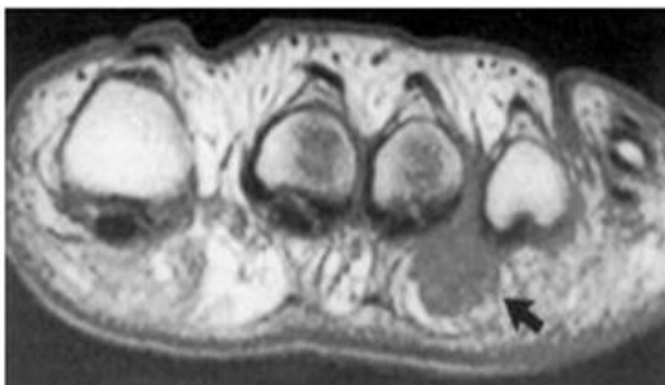
Evolució: Se li pauta repòs i ibuprofè 600 mg/8h.

Torna al cap de 7 dies explicant que el dolor s'ha fet més intens. Davant aquest empitjorament se li realitza una radiografia del peu i ecografia que són normals. Finalment se sol·licita una Ressonància magnètica del peu esquerre que mostra tumoració de 6 mm de diàmetre màxim en el 3r espai interdigital sense apreciar-se altres alteracions en parts toves, ni afectació del senyal ossi ni del metatars (figura 2). Aquesta imatge és compatible amb neuroma de Morton, i per tant, ens porta a l'esmentat diagnòstic.

La pacient és derivada al traumatòleg per la persistència dels símptomes. En aquesta consulta se li han realitzat dues infiltracions amb anestèsic i corticoides sense resposta adequada. Per tant, s'ha programat per realitzar intervenció quirúrgica amb abordatge dorsal.

Al cap de 30 dies de la intervenció, la pacient es troba asimptomàtica.

Figura 2



Diagnòstic diferencial:

El diagnòstic diferencial del neuroma de Morton es realitzarà amb la lesió de la placa plantar de l'articulació metatarsofalàngica i amb altres tipus de metatarsàlgia. En el cas del neuroma, el dolor és més de tipus neuropàtic, mentre que la lesió de la placa plantar ocasiona un dolor més mecànic. La localització del dolor en l'espai interdigital més que en la cara plantar de la base de la falange proximal o la cara dorsolateral de la 2a articulació metatarsofalàngica, fa més probable que es tracti d'un neuroma. La presència de callositats al centre del peu pot orientar el diagnòstic cap a una metatarsàlgia mecànica però ambdós processos poden coexistir. A més, existeixen casos en què hi ha més d'un neuroma, en el segon i el tercer espai intermetatarsià. A banda de la clínica, les proves d'imatge³ són eficaces en el 80% dels casos. La RMN és la prova. L'ecografia només visualitzarà imatges majors de 5 mm. La radiografia simple en càrrega o obliqües de l'avantpeu aporten poca informació. Altres entitats menys freqüents són: fractura d'estrès, artritis reumatoide, malaltia de Freiberg, síndrome de predislocació, isquèmia, vasculitis, síndrome del túnel tarsià, neuropatia perifèrica i bursitis intermetatarsal.

DISCUSSIÓ

En l'exploració física generalment en prémer amb una mà els caps metatarsians mentre s'aplica pressió amb l'altra en l'interespai plantar i dorsal s'acostuma a provocar un dolor intens. També es produeix dolor a la pressió transversa de la part davantera del peu donant lloc a l'esmentat signe de Mulder⁴ que és característic del neuroma; en pressionar els

caps metatarsians es produeix un "clic" produït pel moviment del neuroma en direcció dorsal. El signe de Lassegue corresponent al primer dit és positiu (hiperextensió de l'articulació metacarpofalàngica). La dorsiflexió activa o passiva dels dits agreuja els símptomes. No obstant en el 30% dels casos de neuroma de Morton no s'observen anormalitats.

El tractament conservador⁵ inclou la utilització de fàrmacs antiinflamatoris no esteroides, talons baixos, sabates amb punta àmplia amb un bon suport per a l'arc i l'ús de plantilles, barres o coixinets metatarsians que separen els caps dels metatarsians fent que no comprimeixin o irriten tant al nervi.

També es poden utilitzar ultrasons, estimulació elèctrica, hidromassatge i massatge. La injecció local de corticoides o anestèsics en l'espai interdigital afectat ha obtingut una millora entre un 30-50% de les ocasions. Es recomana un nombre màxim d'infiltracions de 3-4, espaiades com a mínim 3-4 setmanes. Després de la infiltració es recomana fer repòs relatiu durant 48 hores. Una altra alternativa és l'esclerosi del nervi mitjançant infiltracions amb alcohol absolut que aporta un 70% de resolució⁶. La neuroablació criogènica consisteix a utilitzar una sonda de 5,5 mm que es refreda a -70°C i produeix la destrucció del teixit nerviós, es pot assolir un 65% d'èxits.

El tractament quirúrgic⁷ obté un 80% d'èxits; consisteix en l'extracció del nervi engruixit (neurectomia) juntament amb la descompressió que es produeix un cop feta la secció del lligament intermetatarsià. Està indicat un cop fracassat el tractament conservador i havent descartat altres causes possibles de metatarsàlgia que poden coexistir amb el neuroma interdigital. L'abordatge dorsal és el més freqüent. L'altra via d'abordatge és la

plantar, en la qual la incisió es fa a la planta del peu. Aquest abordatge permet la resecció del neuroma sense seccionar el lligament intermetatarsià però el pacient ha d'utilitzar crosses unes 3 setmanes i la cicatriu pot provocar incomoditat en la marxa o amb l'esport, per la qual cosa no és d'elecció en esportistes. Es reserva per a casos de neuroma recurrent. En els últims anys s'ha introduït el mètode endoscòpic de descompressió del nervi comú intermetatarsià (8) (mètode EDIN – Endoscopic Decompression of the Intermetatarsal Nerve-), aquest procediment utilitza tècniques endoscòpiques poc invasives que permeten al pacient reprendre les seves activitats de la vida diària molt més ràpidament que amb la cirurgia tradicional. Tot el procediment es duu a terme sota anestèsia local i sedació i no dura més de 20 minuts, i el pacient es dona d'alta en en dos dies, sense la necessitat de guix.

En aquests moments, no hi ha evidència suficient per recomanar un o un altre tractament, per això un esquema lògic seria començar pel menys invasiu i continuar segons evolució.

Reflexió:

En definitiva, el neuroma de Morton, és una patologia relativament freqüent en Atenció Primària però no acostumem a pensar-hi. La sospita que proporciona els factors de risc: talons alts, sabates estretes, esportives, etc. permet un abordatge precoç. L'ajut de la RMN permetrà la derivació al traumatòleg i/o podologia on s'instauraran les tècniques més recomanades. En el cas que no funcionin s'haurà de decidir la cirurgia més indicada.

BIBLIOGRAFIA

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 ISSN: 1989-5305
3. César Hernández de la Peña ; Maria Luisa Vega González Neuroma de Morton: Diagnóstico por Imagen. *Revista Internacional de Ciencias Podológicas* Vol. 4, Núm. 1, 2010, 37-43 ISSN: 1887-7249
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. Scardina RJ, Lee SM. Morton neuroma. In: *Frontera WR, Silver JK, Rizzo TD, eds. Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2008:chap 85.
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, Vanore JV. 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.