

**LA UPRL
INFORMA**

 quirónprevención

TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS: FASCITIS PLANTAR



La fascitis plantar es la causa más habitual de dolor en la **parte inferior del talón**. La incidencia y la prevalencia son inciertas, pero se estima que 1 de cada 3 personas mayores de 65 años presenta dolor en el tubérculo de inserción del calcáneo. En Estados Unidos se producen entre 600.000 y 2.000.000 de casos anuales y aproximadamente entre un 10% y un 20% de la población la sufrirá una vez a lo largo de su vida.

Es una condición común en corredores y en personas no deportistas en los que su profesión requiera largos periodos de tiempo en bipedestación con carga de peso. Es más frecuente **entre los 40 y los 60 años**, aunque el pico de edad es menor en la población deportista, donde supone el 25% de todas las lesiones del pie de corredores y entre el 8 y el 10% de todas las lesiones deportivas.

En la mayoría de los casos, la resolución de los síntomas se produce en un periodo de tiempo que oscila entre los 10 y los 12 meses de media. Se clasifica como una lesión por sobrecarga o sobreuso y está considerada una patología multifactorial en la que influyen diversos factores de riesgo como son el sobrepeso, edad avanzada, bipedestación prolongada, limitación de la flexión dorsal de tobillo y de la primera articulación metatarsal-falángica. Los signos patognomónicos de la lesión son el dolor a los primeros pasos de la mañana y el dolor tras largos periodos de reposo. Este dolor se presenta con mayor frecuencia en el talón o cerca de él, y, en menor número de casos, puede alcanzar medio-pie y antepié.

El mantenimiento de alteraciones biomecánicas y por lo tanto de las cargas aumentadas que son transmitidas a la fascia y al arco lateral interno del pie incrementan la carga hacia el antepié durante la marcha, dando como resultado, microtraumatismos de repetición que provocarían la degeneración y el engrosamiento de la fascia plantar. Es recomendable el trabajo de un equipo multidisciplinar (traumatólogo, fisioterapeuta, podólogo, etc.) para contemplar los diversos factores de riesgo que pueden influir en esta lesión. **El tratamiento conservador**, que se **suele realizar con fisioterapia es amplio** e incluye alternativas como, por ejemplo: terapia manual, estiramientos, ejercicios de fortalecimiento, ondas de choque, electroterapia analgésica o vendaje funcional.

EJERCICIOS:

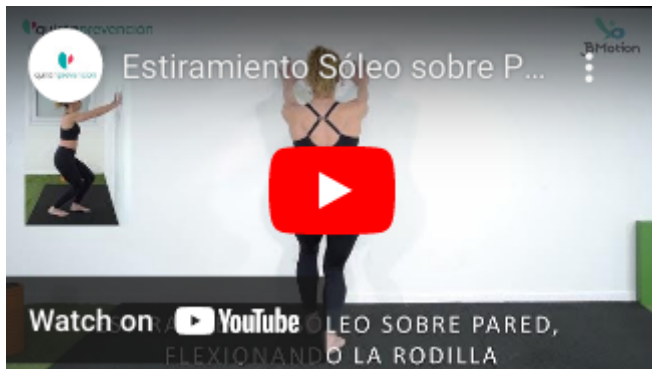
Estiramiento Gemelo sobre Pared con Aumento de Carga Plantar



Estiramiento Gemelo sobre Pared con Aumento de Carga Plantar



Estiramiento Sóleo sobre Pared, Flexionando la Rodilla



Fuerza Aislada Arco Plantar



Elasticidad Dinámica Sistema Aquileo Plantar con Pelota + Control Pélvico



Fuerza Fascia plantar con Tracción



Fuerza en Ejercicio Excéntrico Aislado de Tríceps Sural

