

Os peroneo como causa de dolor lateral persistente de tobillo

Os peroneus as a cause of persistent heel pain

Vicente Martín-Moreno^{1a*} y Amanda Martín-Fernández^{2b}

¹Centro de salud de Orcasitas; ²Polibea Concierto. Comunidad de Madrid, Madrid, España

^a0000-0003-4757-2930; ^b0000-0001-9950-4695

Resumen: El dolor en la cara lateral externa del tobillo y del pie es un motivo frecuente de consulta. El *os peroneum* es uno de los osículos del pie, que se localiza lateral al cuboide, dentro del tendón del músculo peroneo largo. El síndrome del *os peroneum* doloroso produce dolor persistente en la cara lateral externa del pie y del tobillo y debe incluirse en el diagnóstico diferencial del dolor de tobillo.

Palabras clave: Huesos accesorios. *Os peroneum*. Dolor lateroplantar del pie. Síndrome del os peroneo doloroso.

Abstract: Lateral midfoot and ankle pain is a frequent cause for consultation. *Os peroneum* is one of the accessory ossicles of the foot, located lateral to the cuboid, within the distal peroneus longus tendon. Painful *os peroneum* syndrome causes persistent heel pain and should be included in the differential diagnosis of ankle pain.

Keywords: Accessory ossicles. *Os peroneum*. Lateral heel pain. Painful os peroneum syndrome.

INTRODUCCIÓN

El tobillo es una articulación que con frecuencia sufre lesiones, generalmente en forma de esguince lateral, con clínica de dolor en la cara lateral externa de tobillo y pie. Pero no todo dolor a este nivel es un esguince¹, es necesario descartar: la luxación o subluxación del tendón peroneo, la lesión de los ligamentos talofibular o calcáneo-peroneo, las fracturas (quinto metatarsiano, calcáneo, cuboide) y el síndrome del os peroneo doloroso (POPS)².

En relación con este último, los tendones peroneos son evértidos primarios del

pie. En concreto, el tendón del peroneo largo (TPL) es extensor del tobillo, abductor y pronador del pie y estabilizador del arco plantar³. El TPL desciende por la superficie lateral de tobillo, calcáneo y cuboide, insertándose en la base del primer metatarsiano y cuneiforme medio. Su posición anatómica le hace susceptible a lesiones por traumatismo directo, sobrecarga y/o mal apoyo plantar⁴. La presencia de osículos en el TLP, como el os peroneo (OP), si bien representan inicialmente variantes anatómicas cuya función es proteger al tendón, pueden convertirse en fuente de patología por las causas mencionadas.

*Correspondencia:
Vicente Martín Moreno
E-mail: amanvic@hotmail.com

Fecha de recepción: 25-07-2023
Fecha de aceptación: 16-10-2023

Disponible en internet: 28-11-2023
Rev Mex Med Fam. 2023;10:151-155
DOI: 10.24875/RMF.23000108

EPIDEMIOLOGÍA

El os peroneo es un hueso accesorio que se localiza en la vaina del TPL, a nivel del túnel cuboide de la articulación calcáneo-cuboidea. Se detecta de forma incidental en el 5 a 30% de las personas^{2,4}, siendo bilateral en el 60% de los casos. En ocasiones es bipartito o multipartito. Su estructura histológica es fibrocartilaginosa y suele ser asintomático.

Aunque estudios en cadáveres muestran un precursor del os peroneo en el periodo fetal, la incidencia de OP aumenta cada década de la vida un 10%, sugiriendo un origen biomecánico para la mayoría de OP⁵, por sobreutilización y/o alteraciones en la columna tobillo-pie, tipo pie cavo o varo, que generarían sobrecarga y fricción del TPL en el canal cuboide, inflamación y el desarrollo del OP y del POPS³.

PROPÓSITO

La presencia de osículos en los tobillos y pies puede ser fuente de dolor crónico. El dolor es una de las principales causas de limitación funcional y pérdida de calidad de vida, sobre todo cuando afecta a nuestro medio de desplazamiento, los pies. Conocer y tener presente las diferentes etiologías que lo desencadenan posibilita establecer un adecuado tratamiento y justifica la presentación de este caso clínico.

DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN

Caso clínico 1

Se presenta el caso de una paciente de 30 años con dolor de seis meses de evolución en cara lateral externa del pie derecho, irradiado a cuadrante posterolateral externo de la planta del pie, que empeoraba con la actividad física y mejoraba con el reposo. Sin antecedente traumático previo, no practicaba deportes. No usa calzado especial en el trabajo, ni usa tacones elevados. En la exploración, dolor a la presión sobre el hueso cuboides, estando la zona discretamente sobrelevada respecto a la adyacente y a la del



Figura 1. Os peroneo bilateral, el izquierdo bipartito, próximos a la articulación calcáneo-cuboidea.

pie contralateral, sin enrojecimiento ni calor. El dolor se exacerbaba al realizar una flexión plantar forzada y cuando se solicitaba a la paciente que caminara de puntillas. No presentaba pie cavo ni varo. Marcha con tendencia al varo de pies.

La radiografía de ambos pies mostró un OP de gran tamaño, márgenes bien delimitados y densidad homogénea, ubicado a nivel de la articulación calcáneo-cuboidea del pie derecho, en el trayecto del TPL (Fig. 1). El pie izquierdo también presentaba un OP, bipartito.

El control del dolor y la recuperación de la funcionalidad deben ser los objetivos del tratamiento, recomendándose el uso en ciclo corto de un antiinflamatorio, reposo funcional relativo, hielo local, medidas compresivas mediante tobillera y fisioterapia, con ejercicios para el fortalecimiento del TPL y para mejorar la capacidad propioceptiva en relación con las articulaciones implicadas, junto con una plantilla de talón en cuña lateral para disminuir el varo de apoyo-deambulación, debiendo hacerse seguimiento clínico durante un periodo de 12 meses.

Caso clínico 2

Mujer de 58 años, con dolor crónico en cara lateral externa del pie izquierdo, que se irradiaba a la base del talón, que empeoraba con la marcha prolongada, precisando el uso de bastón de apoyo en esta situación, y que limitaba la actividad física y la realización de actividades de ocio. En la exploración en bipedestación, pies planos bilaterales con valgo de talones, con aparición de dolor en la posición de puntillas, que genera inestabilidad y debilidad para el mantenimiento de la posición. En decúbito supino, dolor a la presión sobre cuboideos y a la flexión y eversión plantar activa y contrarresistencia. A pesar del valgo de talones, en bipedestación prolongada y en la marcha se observó un apoyo forzado en varo de ambos pies, que se comprobó con el desgaste observado en su calzado.

La radiografía de ambos pies mostró *os peroneum* bilateral de posición cuboidea, el izquierdo bipartito (Fig. 2). Sin otros osículos, ni espolón calcáneo.

La cronicidad del dolor, los resultados de la exploración y las limitaciones funcionales aconsejaron un abordaje con expectativas a largo plazo, que se explicaron a la paciente. El uso de un antiinflamatorio COX-1 durante varios meses, junto con reposo funcional relativo, *taping*, ejercicios de fisioterapia para el fortalecimiento del TPL y para mejorar la capacidad propioceptiva fueron las bases del tratamiento, junto con una plantilla de talón en forma de cuña lateral, que evite el varo, posible desencadenante del dolor, en lugar de una plantilla en cuña para arco plantar por sus pies planos valgós, observándose mejoría clínica con esta actitud terapéutica.

CONCLUSIONES

El POPS se presenta de dos formas: aguda y crónica¹. La forma aguda ocurre como resultado de un trauma directo o indirecto, generalmente sobre el tobillo y en forma de esguince, que provoca una fuerte



Figura 2. Os peroneo bilateral, de localización cuboidea, el derecho bipartito.

contracción del músculo peroneo largo, con dorsiflexión abrupta del pie o supinación brusca, que puede producir fractura del OP y una diástasis, asociada o no a rotura del TPL^{2,3}. La presentación crónica está relacionada con el proceso de curación de una fractura aguda, de una fractura por estrés asociada con traumatismo crónico repetitivo, o de una contusión que provoca necrosis avascular, con calcificación, remodelación y/o diástasis crónica del OP^{1,2}. Pero también con una sobreutilización del TPL, asociada o no a alteraciones anatómicas o funcionales predisponentes (surco fibular poco profundo, retináculo peroneo inferior prominente, pie cavo-varo, alteraciones de la marcha que condicionen mal apoyo plantar en varo), o con tendinosis y tenosinovitis del TPL, o de otros tendones del tobillo que alteren la mecánica del movimiento^{2,5,6}. El mal apoyo plantar en cavo, presente en los dos casos clínicos expuestos, podría ser una causa frecuente de POPS.

El diagnóstico se realiza mediante anamnesis, exploración clínica y radiología simple^{1,6}. La anamnesis recoge dolor en la cara lateral del pie, debajo del maléolo lateral y en el túnel cuboide. La exploración física muestra dolor a la palpación sobre el OP, que se exagera por la inversión pasiva con flexión plantar o eversión activa y dorsiflexión del pie, como ocurre en los dos casos clínicos, debiendo evaluarse la alineación del pie para descartar un cavo-varo, entidad que favorece la lesión del TPL.

La radiología permite detectar la presencia de OP¹. La lesión crónica por estrés puede mostrar un OP esclerótico y agrandado. El desplazamiento proximal del OP es un signo indirecto de rotura del TPL³. En caso de OP con dos o más fragmentos hay que descartar fractura del OP. Si los fragmentos encajan unos con otros, o hay una diástasis entre fragmentos mayor de 6 mm, sugiere fractura³; si no encajan, presentan bordes redondos y bien delimitados, OP bipartito o multipartito⁶. Una diástasis de 2 mm o menos puede observarse en las fracturas no desplazadas o en la variante normal del OP bipartito⁴. En fracturas antiguas la restructuración de los fragmentos puede dificultar el diagnóstico. La radiología permite también detectar una hipertrofia del tubérculo peroneo, que produce atrapamiento del TPL. La resonancia magnética (MRI) y la ecografía son necesarias si se sospecha rotura del tendón o tenosinovitis estenosante. La MRI se considera el método de referencia³.

En el diagnóstico diferencial del dolor lateral del pie debemos tener presentes: el proceso de Stieda⁷ (la rotura distal del TPL con gran acortamiento del muñón lo simula), la tendinopatía o subluxación peronea, la lesión del ligamento lateral del tobillo (ligamentos talofibular anterior y posterior y calcáneo peroneo), el síndrome del seno del tarso, las fracturas de la base del quinto metatarsiano, cuboides o calcáneo anterior; la neuropatía peronea y la presencia de otro sesamoideo, el os *vesalianum*, entre otras entidades.

El tratamiento del POPS incluye reposo, automasaje con hielo local en fase aguda, antiinflamatorios no esteroideos y medidas de inmovilización, tipo tobillera, *taping* o vendaje, según indicación clínica, y/o infiltraciones con esteroides, así como fisioterapia³, como se ha expuesto en los casos clínicos. En presencia de pie valgo, cavo o cavo-varo, o de alteraciones biomecánicas que afectan a la estabilidad del pie, la fisioterapia y el uso de plantillas en el calzado tienen un efecto positivo en la mejora clínica. En ausencia de fractura la mayoría de los pacientes responden al tratamiento conservador³, pero un 10 a 20% tendrá dolor e inestabilidad articular, con deterioro de la funcionalidad⁸. En estos casos, o cuando existe desgarro del tendón, puede ser necesaria la cirugía, con tenosinovectomía y tubularización del tendón, o mediante escisión del hueso peroneo fracturado y reparación del tendón del TPL (tenodesis)⁹.

Por último, existen numerosas causas de dolor lateral del pie y este dolor puede tener una etiología múltiple, por lo que los retrasos en el diagnóstico no son infrecuentes¹. Los pacientes con POPS sufren demoras en el diagnóstico de entre 7 a 48 meses, retraso que condiciona discapacidad y merma de la calidad de vida. Por ello, el médico debe familiarizarse con esta entidad¹⁰.

PUNTOS DESTACADOS

- Las variantes anatómicas pueden ser fuente de patología.
- Esta patología es causa de dolor crónico y afecta a nuestra principal herramienta de movilidad, los pies.
- Dolor e inmovilidad son causas de sedentarismo.
- El dolor crónico afecta a la calidad de vida.

FINANCIAMIENTO

Los autores declaran que este trabajo se realizó con recursos propios.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este

manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oh SJ, Kim YH, Kim SK, Kim MW. Painful os peroneum syndrome presenting as lateral plantar foot pain. *Ann Rehabil Med.* 2012;36(1):163-6.
2. Chagas-Neto FA, de Souza BN, Nogueira-Barbosa MH. Painful os peroneum syndrome: Underdiagnosed condition in the lateral midfoot pain. *Case Rep Radiol.* 2016;2016:8739362.
3. Hallinan JTPD, Wang W, Pathria MN, Smitaman E, Huang BK. The peroneus longus muscle and tendon: a review of its anatomy and pathology. *Skeletal Radiol.* 2019;48(9):1329-44.
4. Hindi HF, Byerly DW. Os Peroneum [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; (Citado 24.07.23). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30855913/>
5. DeLuca MK, Boucher LC. Morphological variations and accessory ossicles in the peroneal and tibialis muscles. *Anat Cell Biol.* 2019;52(3):344-8.
6. Hayden SR. Pop in the foot causing POPS: The painful os peroneum syndrome. *J Emerg Med.* 2019;56(3):337-9.
7. Sánchez Prida N, Sánchez Domínguez P, Martín Fernández A, Martín Gordo O, Martín Moreno V. Valoración del dolor de tobillo: síndrome del impacto posterior del tobillo secundario a proceso de Stieda. *Semergen.* 2016;42(8):e146-e148.
8. Requejo SM, Kulig K, Thordarson DB. Management of foot pain associated with accessory bones of the foot: two clinical case reports. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2000;30(10):580-91; discussion 592-4.
9. van Dijk PAD, Kerkhoffs GMMJ, Chiodo C, DiGiovanni CW. Chronic disorders of the peroneal tendons: Current concepts review of the literature. *J Am Acad Orthop Surg.* 2019;27(16):590-8.
10. Nolla de León MS, Machain S, Rivero M. Presencia de huesos accesorios del tarso. Variantes anatómicas normales con potencialidad patológica. *Anfamed.* 2021;8(2):e401.