



E.S.E HOSPITAL  
SANTA MARGARITA  
La Cumbre - Valle  
NIT 800.160.400-0

70-44.13

## ESPOLON CALCANEO Y FASCITIS PLANTAR

Código: APD-FIS-gui-002  
Versión: 1  
Actualización: 20/06/2025  
Página 1 de 8

## ESPOLON CALCANEO Y FASCITIS PLANTAR



# E.S.E HOSPITAL SANTA MARGARITA La Cumbre - Valle



modelo integrado  
de planeación  
y gestión

Carrera 7<sup>a</sup> No. 5 – 24  
La Cumbre - Valle del Cauca  
Teléfono: +57 312 286 7934  
[contactenos@hospitalsantamargarita.gov.co](mailto:contactenos@hospitalsantamargarita.gov.co)  
<https://hospitalsantamargarita.gov.co/>

Miembro de la  
Red GLOBAL de HOSPITALES  
VERDES y SALUDABLES  
[www.hospitalesporlasaludambiental.net](http://www.hospitalesporlasaludambiental.net)



70-44.13

## 1. INTRODUCCIÓN

La mayoría de los dolores en la superficie plantar del talón se deben a la irritación de la inserción de un tejido fuerte (fascia plantar) en el hueso del talón (calcáneo).

El espolón calcáneo es una prominencia ósea, que puede aparecer en la parte interior del talón (calcáneo) como consecuencia de estiramientos excesivos y continuados de la fascia plantar, una banda de tejido conjuntivo que recubre los músculos de la zona. Al estirarse excesivamente, la fascia puede calcificarse, formándose el espolón, que es bastante doloroso y dificulta el apoyo normal del talón, a veces ocasiona una inflamación en la zona que lo rodea y que puede manifestarse a diversas alturas; de esta manera, puede haber un espolón subcalcáneo, simple o doble, y un espolón retrocalcáneo, si el dolor se localiza en el borde medial y lateral del talón.

El espolón calcáneo es una patología asociada a fascitis plantar con mecanismo producido inicialmente por microfracturas o microarrancamientos en la inserción de la fascia plantar, lo que origina una neoformación de hueso en forma de espolón.

Por otro lado, la fascitis plantar es una afección frecuente en los pacientes de edad media, de predominio en el sexo femenino, que causa dolor en uno o ambos pies y, como consecuencia del mismo, una impotencia funcional para la marcha. La fascia plantar constituye un importante soporte estático del arco longitudinal del pie. En su porción central (aponeurosis plantaris centralis) es gruesa y con fibras bien estructuradas en sentido longitudinal; se origina en las tuberosidades del calcáneo. Su función es mantener de forma estática la forma de la bóveda plantar. Tiene mayor sufrimiento en condiciones de estrés, cuando trabaja de forma forzada, por ejemplo, en personas obesas o pies con arco longitudinal acentuado, o en permanencia de pie durante largo tiempo. Se produce una sobredistensión de sus fibras colágenas, con irritación de terminaciones nerviosas, en especial en las inserciones junto al hueso, sobre todo en la inserción en la tuberosidad interna.

La incidencia de fascitis plantar tiene su pico de edad en pacientes entre 40 y 60 años y es la causa más común de consultas del pie, en los Estados Unidos. Entre el 11% y el 15% requieren tratamiento quirúrgico.

Debido a que estas dos patologías representan un alto índice de consulta en los servicios de salud, su manejo adecuado tiene repercusiones en la calidad de vida y desempeño normal de cada una de las personas que la padecen, la implementación de esta guía contribuirá a la optimización de tiempos de consulta, disminuir la cantidad de automedicación por parte de los pacientes en búsqueda de solucionar su situación de salud y mejorar así su estado de salud.

De igual forma, permitirá establecer un enfoque estandarizado para el abordaje de estas patologías, en instituciones de salud pública y privadas, garantizando que todos los pacientes reciban una atención de alta calidad basada en estándares actualizados en salud.



70-44.13

Finalmente, esta guía representa una herramienta para mejorar la atención de la fascitis plantar y espolón calcáneo, promoviendo un enfoque basado en evidencia clínica actual, con el objetivo principal de reducir la carga de la enfermedad y optimizar recursos de salud disponibles.

## 2. ETIOLOGÍA

La fascitis plantar se presenta de etiología multifactorial y se ha visto como una reacción de sobrecarga mecánica que produce microtraumatismos sobre la inserción proximal de la aponeurosis plantar. Pero, sobre todo, se ha señalado un exceso de presión en el área plantar del calcáneo que provoca el estiramiento de la fascia plantar con microrroturas y cambios en el tejido conectivo. Se inicia así un proceso inflamatorio agudo con proliferación de fibroblastos. El impacto repetido del talón puede cronificar la lesión, degenerando y fragmentando la fascia plantar provocando una fibrosis sin respuesta inflamatoria, en la tuberosidad interna del calcáneo. También se ha asociado con el engrosamiento del tendón de Aquiles o la contractura del tríceps sural que afecta tanto a personas sedentarias como a deportistas como consecuencia de sobrepeso o del tipo de vida. Un pie plano o supinado o un tendón de Aquiles engrosados reducen la capacidad de absorción de la fascia plantar. Un 83% de los pacientes con fascitis plantar presentan un acortamiento de los músculos posteriores de la pierna.

El dolor en presencia de espolón se debe a muchos factores, incluyendo el tamaño, forma, compresión del nervio y asociación de una inflamación, por sobrepeso, o presencia de microfracturas. Dos meta-análisis han mostrado que el índice de masa corporal y el espolón del calcáneo están asociados con el dolor de talón crónico. También se ha establecido la asociación con la edad, disminución del ángulo de dorsiflexión del tobillo y períodos largos en bipedestación, porque el espolón del calcáneo disminuye la elasticidad del tejido adiposo plantar del talón. Una teoría propone la aparición del espolón como parte del envejecimiento, con pérdida de elasticidad y una tendencia a la osificación de los ligamentos, así como del ligamento plantar largo y los tendones que se insertan directamente en el hueso.

## 3. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES

El **espolón calcáneo** es una prominencia ósea, o exostosis, que puede aparecer en la parte inferior del talón (calcáneo) como consecuencia de estiramientos excesivos y continuados de la fascia plantar, una banda de tejido conjuntivo que recubre los músculos de la zona. Al estirarse excesivamente, la fascia puede calcificarse, formándose el espolón, que es bastante doloroso y dificulta el apoyo normal del talón, a veces ocasiona una inflamación en la zona que lo rodea y que puede manifestarse a diversas alturas; de esta manera, puede haber un espolón subcalcáneo, simple o doble, y un espolón retrocalcáneo, si el dolor se localiza en el borde medial y lateral del talón.

El espolón calcáneo es una patología asociada a fascitis plantar con mecanismo producido inicialmente por microfracturas o microarrancamientos en la inserción de la fascia plantar, lo que origina una neoformación de hueso en forma de espolón.



70-44.13

La **fascitis plantar** es una afección frecuente en los pacientes de edad media, de predominio en el sexo femenino, que causa dolor en uno o ambos pies y, como consecuencia del mismo, una impotencia funcional para la marcha. La fascia plantar constituye un importante soporte estático del arco longitudinal del pie. En su porción central (aponeurosis plantaris centralis) es gruesa y con fibras bien estructuradas en sentido longitudinal; se origina en las tuberosidades del calcáneo. Su función es mantener de forma estática la forma de la bóveda plantar. Tiene mayor sufrimiento en condiciones de estrés, cuando trabaja de forma forzada, por ejemplo, en personas obesas o pies con arco longitudinal acentuado, o en permanencia de pie durante largo tiempo. Se produce una sobredistensión de sus fibras colágenas, con irritación de terminaciones nerviosas, en especial en las inserciones junto al hueso, sobre todo en la inserción en la tuberosidad interna.

#### 4. DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Dentro de las manifestaciones clínicas de la fascitis plantar, se destaca dolor selectivo en un punto del calcáneo que se agrava con el apoyo; no obstante, con la carga de peso estando el paciente de pie o deambulando, raramente se irradia y, en todos los casos, se alivia con el reposo. Se puede observar tumefacción discreta. La hiperextensión forzada de los dedos puede acentuar las molestias por distensión de la aponeurosis y la fascia plantar. El síntoma primario de la fascitis plantar es el dolor localizado específicamente en el área de carga de peso del talón. Comúnmente es más grave durante los primeros pasos al levantarse de la cama, disminuye en cierta medida con la actividad por la distensión de la fascia y reaparece de nuevo tras un período de descanso.

Alrededor del 50 % de los pacientes con fascitis plantar tienen espolón calcáneo, que parece ser la reacción a la estimulación mecánica de la fascia plantar, de manera que el espolón no parece ser la causa directa del dolor, sino un hallazgo radiológico. El espolón óseo, por sí mismo, no tiene por qué ser doloroso. En casos de espolones bilaterales suele doler sólo un lado y otras veces hay una acusada talalgia; radiográficamente no se observa espolón. El cuadro doloroso viene desarrollado por la inflamación de la correspondiente bolsa serosa, las más importantes de las cuales son la subcalcánea, la preaquileana y varias retroaquileanas. A consecuencia de inflamaciones repetidas, estas bolsas serosas pueden calcificarse.

Respecto al pronóstico de estas patologías, con un diagnóstico y tratamiento precoz suele tener un buen pronóstico, pero si bien el paciente acude tardíamente a la consulta -como ocurre generalmente en los deportistas (atletismo) cuando comienzan a presentar molestias-, entonces el buen resultado al tratamiento suele demorar y muchas veces se debe recurrir al tratamiento quirúrgico.

#### 5. FACTORES DE RIESGO

En la mayoría de los casos, la fascitis plantar y en consecuencia el espolón calcáneo, ocurren sin una razón específica e identificable. Sin embargo, hay muchos factores que pueden hacer que una persona sea más propensa a la afección:



70-44.13

- Actividad nueva o en aumento
- Actividad repetitiva de alto impacto (correr, bailar, practicar deportes)
- Permanencia de pie en superficies duras por períodos prolongados (sobre todo en personal de enfermería, trabajadores de fábricas y docentes)
- Anatomía (pie plano o arco pronunciado)
- Rígidez muscular en las pantorrillas
- Obesidad
- Edad (la fascitis plantar es más común en las personas de 40 a 60 años)

## 6. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

La atención a la fascitis plantar y el espolón calcáneo debe centrarse en la inspección médica, diagnóstico clínico, manejo fisioterapéutico y medidas de autocuidado que debe implementar el paciente.

Después de la descripción de los síntomas que plantee el paciente en consulta médica, el profesional médico realizará examinación del pie. Dentro de los signos específicos de la patología se encontrará:

- Un arco pronunciado o pie plano
- Un área de máxima sensibilidad en la parte inferior del pie, justo delante del hueso del talón.
- Limitación de la dorsiflexión, o movimiento “hacia arriba”, del tobillo.
- La ausencia de síntomas de otras afecciones, como tendinitis insercional de Aquiles, fractura por sobrecarga del calcáneo (talón) o atrapamiento del nervio plantar.

### Pruebas de diagnóstico:

Las pruebas de diagnóstico (como la radiología o la resonancia magnética) generalmente no son necesarias para realizar el diagnóstico de fascitis plantar, porque una historia clínica completa y un examen físico ayudan a realizar con éxito el diagnóstico de fascitis plantar en el 95 % de los casos.

## 7. TRATAMIENTO

El tratamiento del espolón calcáneo y la fascitis plantar es fundamentalmente conservador:

- Tratamiento farmacológico
- Tratamiento fisioterapéutico



70-44.13

La intervención quirúrgica no es necesaria sino hasta transcurridos al menos nueve o doce meses después de que el tratamiento conservador no haya proporcionado mejoría.

## FASE I

### Tratamiento con aplicación de medios físicos como medida analgesica

En primera instancia se recomienda reducir las actividades que exacerbaban el dolor, como correr o caminar largas distancias.

- Electroestimulación: De tipo TENS para favorecer la disminución del dolor y tipo EMS para lograr una mejor activación y fortalecimiento muscular.
- Crioterapia: Que ayudará a facilitar la mitigación del dolor.
- Termoterapia superficial: Disminuye la rigidez al aumentar la elasticidad del colágeno y generar vasodilatación, con lo que se alivia el dolor y se facilita la movilización.
- Terapia manual ortopédica: Puede servir para liberar los tejidos afectados mediante la inducción miofascial, igualmente, a través de la manipulación articular, etc.

## FASE II

- **Estiramientos para aumentar la flexibilidad:** Estas dos técnicas juegan un importante papel en el tratamiento de esta lesión, y pueden corregir factores de riesgo tales como acortamiento del complejo del tríceps sural, así como la debilidad de la musculatura intrínseca del pie.
- **Ejercicios de fortalecimiento:** De grupos musculares flexores y plantares de tobillo
  - Ejercicio isométrico: en procesos agudos donde es necesario el reposo articular, mantener el tono muscular y evitar la atrofia.
  - Ejercicio con resistencia variable: Realizando uso de bandas elásticas para modificar la resistencia del ejercicio física según el grado de tolerancia del paciente.
- **Ejercicios de propiocepción, equilibrio y balance:** Con el objetivo de estimular el control neuromuscular y aumentar las propuestas preceptivas para así mejorar la estabilidad del tobillo, ejercicios en apoyo unipodal, con apoyo en diferentes bases (estables o inestables).
- **Ejercicios de reeducación de marcha:** Potenciar la reeducación de fases de la marcha si es necesario mediante ejercicios con apoyo en talones, ante pie y borde interno o externo del pie.

## Medidas de autocuidado

- Uso de férulas y plantillas ortopédicas
- Uso de calzado con buen soporte y amortiguación



70-44.13

- Evitar uso de zapatos con suela desgastada o que no brinden un adecuado soporte en la zona plantar

## **8. FARMACOLOGÍA**

No aplica

## **9. BIBLIOGRAFÍA**

1. Velagala VR, Velagala NR, Kumar T, Singh A, Mehendale AM. Calcaneal Spurs: A Potentially Debilitating Disorder. Cureus. 2022 Aug 28;14(8):e28497. doi: 10.7759/cureus.28497. PMID: 36185871; PMCID: PMC9514376.
2. Bravo Acosta T, López Pérez YM, Hernández Tápanes S, Martín Cordero JE, Gómez Lotti A, Blanco Aliaga S. Talalgia. Revisión bibliográfica. Rev Iberoam Fisioter Kinesiol [Internet]. Enero de 2008 [consultado el 29 de marzo de 2025];11(1):26-31. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s1138-6045\(08\)71833-1T](https://doi.org/10.1016/s1138-6045(08)71833-1T).
3. OrtholInfo - Patient Education | AAOS [Internet]. Fascitis plantar y espolones óseos; 1 de octubre de 2023 [consultado el 29 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://orthoinfo.aaos.org/es/diseases--conditions/fascitis-plantar-y-protuberancias-oseas-plantar-fasciitis-and-bone-spurs/>.
4. Revista latinoamericana de cirugía ortopédica [Internet]. Espolón del calcáneo y fascitis plantar; 1 de marzo de 2023 [consultado el 29 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://revista.slaot.lat/articulo.php?id=87>



70-44.13

## 10. CONTROL DE CAMBIOS

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Fisioterapeuta	Coordinador Medico	Gerente

### REGISTRO DE CAMBIOS Y REVISIONES

VERSION	FECHA	PÁGINAS	SOLICITANTE	OBSERVACIONES
1	20/06/2025	8	Fisioterapeuta	<p>Creación del documento por: Sandra Katherine Cárdenas – Fisioterapeuta</p> <p>Revisado por: Hugo Armando Peña – Coordinador Medico</p> <p>Aprobado por: Aicardo Solís - Gerente</p>