

Fascitis plantar

Sr. Director: Hemos leído con interés el artículo de Lafuente et al¹ "Fascitis plantar: revisión del tratamiento basado en la evidencia", que actualiza de forma clara y concisa aspectos relacionados con el tratamiento de este problema de gran interés en la práctica diaria. No obstante, nos gustaría tratar algunos puntos sobre el tema, para complementar la revisión con los últimos estudios aparecidos no recogidos en ella, y así proporcionar una nueva actualización al lector.

Sobre el tratamiento con ortesis plantares hemos recuperado un único ensayo clínico aleatorizado², que comparó la eficacia de ortesis "a medida", ortesis prefabricadas y unas ortesis falsas o placebo, para la reducción del dolor. No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, no obstante hubo una pequeña disminución del dolor con el uso de las ortesis "a medida" y las prefabricadas con respecto a las falsas². Además, no se halló diferencias entre el tratamiento mediante ortesis "a medida" y prefabricadas².

Con respecto al tratamiento mediante fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) orales, un ensayo clínico aleatorizado³ comparó el tratamiento mediante celecoxib (200 mg/día) con placebo, en sujetos que además recibían un tratamiento conservador compuesto por estiramientos del tendón de Aquiles, taloneras viscoelásticas y ortesis nocturnas, no hubo diferencias significativas entre ambos grupos, aunque el grupo de AINE experimentó una mejoría en la reducción del dolor y la incapacidad.

Referente a los ejercicios de estiramiento, se ha localizado un ensayo clínico aleatorizado⁴, que no encontró diferencias significativas en la mejora del dolor al "primer paso", en el dolor del pie y en la función del pie o la salud general de los pies entre el tratamiento mediante estiramientos del tendón de Aquiles y el placebo, por lo que no hay evidencia que respalde la efectividad de los estiramientos del tendón de Aquiles. Entre las limitaciones de este estudio se encuentra la técnica de estiramientos utilizada y el corto período para medir los resultados (2 semanas)⁴.

El artículo de Lafuente et al¹ también comenta que no hay evidencia en las medidas higiénicas, como la reducción del peso corporal, aunque esto es cierto, nos gustaría comentar algunos aspectos que consideramos de interés para el lector. Una revisión sistemática⁵ encontró asociación entre un índice de masa corporal (IMC) elevado y el riesgo de padecer dolor plantar de calcáneo en sujetos no deportistas; entre los trabajos revisados, hay un estudio de casos y controles⁶ que encontró que para un IMC > 30 se incrementa el riesgo de fascitis plantar hasta casi 6 veces más que para un IMC ≤ 25. Otro estudio de casos y controles⁷, no in-

cluido en dicha revisión, también encontró asociación entre un IMC elevado y el riesgo de presentar dolor plantar de calcáneo. Ante estos datos, aunque no está claro qué papel tiene un incremento del IMC en el desarrollo del dolor plantar de calcáneo⁵, una disminución de este índice podría ser una forma efectiva de prevención y/o intervención.

Jonatan García Campos^a y Esther Ortega Díaz^b

^aFacultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández. San Juan de Alicante. Alicante. España.

^bUnidad de Neuror rehabilitación. Hospital La Magdalena. Castellón de la Plana. España.

Bibliografía

1. Lafuente A, O'Mullony I, Escrivá M, Cura-Ituarte P. Fascitis plantar: revisión del tratamiento basado en la evidencia. *Reumatol Clin.* 2007;3:159-65.
2. Landorf KB, Keenan AM, Herbert RD. Effectiveness of foot orthoses to treat plantar fasciitis. *Arch Intern Med.* 2006;166:1305-10.
3. Donley BG, Moore T, Sferra J, Gozdanovic J, Smith R. The efficacy of oral nonsteroidal anti-inflammatory medication (NSAID) in the treatment of plantar fasciitis: a randomized, prospective, placebo-controlled study. *Foot Ankle Int.* 2007;28:20-3.
4. Radford JA, Landorf KB, Buchbinder R, Cook C. Effectiveness of calf muscle stretching for the short-term treatment of plantar heel pain: a randomised trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 2007;8:36.
5. Irving DB, Cook JL, Menz HB. Factors associated with chronic plantar heel pain: a systematic review. *J Sci Med Sport.* 2006;9:11-22.
6. Riddle DL, Pulisic M, Pidcoe P, Johnson RE. Risk factors for plantar fasciitis: a matched case-control study. *J Bone Joint Surg.* 2003;85:872-7.
7. Irving DB, Cook JL, Young MA, Menz HB. Obesity and pronated foot type may increase the risk of chronic plantar heel pain: a matched case-control study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2007;8:41.

Indexación de REUMATOLOGÍA CLÍNICA en MEDLINE

Sr. Director: He leído con interés el reciente editorial de Vázquez Mellado et al¹ y me gustaría compartir algunas reflexiones. REUMATOLOGÍA CLÍNICA es el órgano oficial de transmisión de conocimiento científico del Colegio Mexicano de Reumatología y de la Sociedad Española de Reumatología. Por ello, creo que conseguir su inclusión en MEDLINE debe ser un objetivo estratégico fundamental para todos los reumatólogos de ambos países. Debemos convencernos de que es la responsabilidad de cada uno de nosotros intentar de aquí al año 2009 que nuestra revista sea incluida. ¿Cómo lograrlo? Creo que una medida útil y factible sería incluir siempre referencias de artículos publicados en REUMATOLOGÍA CLÍNICA en los apartados "Introducción" y "Discusión" de los artículos que los reumatólogos españoles y mexicanos mandemos a revistas ya indexadas. Esta sencilla medida divulgaría el contenido de nuestra