

Un neuroma di Morton slatentizzato dal podologo

Leonardo Trentadue
Medico di medicina generale
Ferrandina (MT)

Un'assistita di 52 anni, sposata e con due figli, si presenta in ambulatorio in preda a un dolore lancinante al piede sinistro, in corrispondenza dello spazio tra il II e il III metatarso, riferendo che qualche giorno prima si era recata da una podologa per il trattamento di alcuni calli.

■ Visita ambulatoriale

■ **Anamnesi:** la donna ha una recente storia per patologie ortopediche. Nel 2007 accusa una sintomatologia dolorosa alla spalla destra, alla colonna cervicale, all'avambraccio e alla mano destra, con prova di lieve sclerosi del trochite omerale destro. Dopo gli accertamenti del caso, l'ortopedico pone diagnosi di sindrome da conflitto subacromiale alla spalla destra con tendinopatia calcifica del sovraspinoso destro.

■ **Esame obiettivo:** il dolore al piede descritto dalla paziente è di tipo trafittivo, che si accentua durante la deambulazione e alla dorsiflessione forzata delle dita. All'osservazione della pianta del piede si osserva una scarnificazione dovuta al precedente intervento della callista. Alla palpazione si apprezza una piccola tumefazione; si associa un concomitante ed evidente alluce valgo; i polsi arteriosi sono conservati, non sono presenti parestesie. Prescrivo in prima istanza una radiografia del piede sinistro, ma la paziente, attraverso una conoscenza, si reca direttamente da un ortopedico, che in prima istanza richiede una RM.

■ Diagnosi e terapia

■ **Risonanza magnetica:** evidente e grossolano valgismo del primo dito con pseudoipertrofia della testa metatarsale e modesta distensione fluida della capsula articolare. Tra la testa del II e del III metatarso, al di sotto del legamento trasverso plantare, è presente una quota di tessuto iso-intenso al muscolo, che potrebbe essere riferito a neuroma di Morton. Falda fluida di versamento articolare in sede metatarso-falangea al II rag-

gio. Non evidenti segni di borsite.

Dopo questo esame fortemente significativo, l'ortopedico pone diagnosi di metatarsalgia di Morton, alluce valgo, neuroma di Morton.

In attesa dell'exeresi del neuroma, la terapia prescritta è di analgesici al bisogno e plantari mobili.

■ Approfondimento

La metatarsalgia di Morton (o di Civinini-Morton) è una sindrome dolorosa dovuta alla compressione del nervo interdigitale plantare comune nel tunnel metatarsale e localizzata più frequentemente nel terzo spazio intermetatarsale, meno frequentemente nel secondo spazio ed eccezionalmente nel primo e nel quarto. Il corrispettivo anatomo-patologico della metatarsalgia definisce il neuroma di Morton, che è caratterizzato dall'ingrossamento per fibrosi perineurale e dall'intrappolamento sotto il legamento trasverso metatarsale del nervo interdigitale comune.

Il neuroma di Morton colpisce 10 volte più le donne rispetto agli uomini e può associarsi ad alluce valgo o a piede cavo. Le donne più colpite sono quelle che usano calzature con tacchi alti e a punta stretta, mentre tra gli uomini i più colpiti sono i podisti.

Clinicamente il dolore è localizzato nello spazio intermetatarsale interessato e ha carattere urente o trafittivo e può espandersi alle dita. La diagnosi differenziale va posta con le borsiti, la sindrome del tunnel tarsale, la radicolopatia L5, che può irradiarsi al piede omolaterale, la neuropatia periferica. La radiografia del piede serve a escludere un interessamento articolare, non essendo il neuroma evidenziabile radiograficamente. L'ecografia riesce a

evidenziare la patologia, mentre la RM dovrebbe chiarire dubbi nei casi di valutazioni ecografiche dubbie.

La terapia è inizialmente conservativa, con antinfiammatori e infiltrazioni locali di cortisonici, fisioterapia e alcuni accorgimenti (scarpe larghe, cuscinetti sintetici da applicare sulle teste metatarsali, plantari). In caso di fallimento si passa all'intervento di neuromectomia con asportazione del neuroma o, in diversa opzione, con iniezione di agenti sclerosanti.

■ Commento

L'iter diagnostico di questo caso ha subito una sterzata da parte della paziente, che ha contattato subito lo specialista, il quale a sua volta ha scavalcato l'esecuzione della Rx e dell'ecografia, richiedendo subito la RM. Certamente si è ottenuta una diagnosi in tempi minori, ma a scapito dell'appropriatezza e del tanto sbandierato contenimento economico.

Un'altra riflessione va fatta sull'eziopatogenesi del neuroma di Morton nella paziente, perché, se è vero che sono in gioco i microtraumi ripetuti dovuti alle calzature, non va trascurata la possibile concausa dell'ablazione del callo. Infatti il dolore è iniziato subito dopo l'intervento della podologa, ciò fa supporre che, venendo a mancare l'azione ammortizzatrice dei calli sui microtraumi del piede, si sia slatentizzato il ruolo del neuroma di Morton che, con tutta probabilità, era destinato ad emergere in seguito. Non si è potuto appurare se l'ablazione del callo abbia determinato lesioni a livello delle terminazioni del nervo interdigitale comune, nel qual caso si aggiungerebbe un altro danno a quello provocato dal neuroma di Morton.