



EXPLORACIÓN FÍSICA **TOBILLO Y PIE DOLOROSO**

J. Figueroa Rodríguez, A.M. Antelo Pose, M. Conde Abalo

EXPLORACIÓN FÍSICA

TOBILLO Y PIE DOLOROSO

AUTORES

DR. JESÚS FIGUEROA RODRÍGUEZ

*Profesor asociado de Medicina Física y Rehabilitación.
Universidad de Santiago de Compostela. Jefe de Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.
Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela*

DRA. ANA M. ANTELO POSE

*FEA Medicina Física y Rehabilitación.
Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela*

DRA. MARÍA CONDE ABALO

*FEA Medicina Física y Rehabilitación.
Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela*

SUMARIO

Recuerdo anatómico	1
Inspección	3
Palpación	6
Movilidad	7
Maniobras específicas	9
Bibliografía	11



Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra

© 2020 Ergon
C/ Arboleda 1. 28221 Majadahonda (Madrid)
C/ Berruete 50. 08035 Barcelona

ISBN: ???
Depósito Legal: ???

RECUERDO ANATÓMICO

Desde el punto de vista funcional, en el pie distinguimos tres zonas fundamentales:

- **Retropié:** formado por el astrágalo y calcáneo.
- **Mediopié:** formado por el escafoides, cuboides y las tres cuñas.
- **Antepié:** formado por los metatarsianos y las falanges.

ESTRUCTURA ÓSEA

Existen tres grupos de huesos del pie (Fig.1):

- **Huesos del tarso:**
 - Grupo proximal: el astrágalo es el hueso más superior del pie y se apoya en el calcáneo, se articula con la tibia y peroné para formar la articulación del tobillo. El calcáneo es el hueso más grande del tarso y forma la estructura ósea del talón.

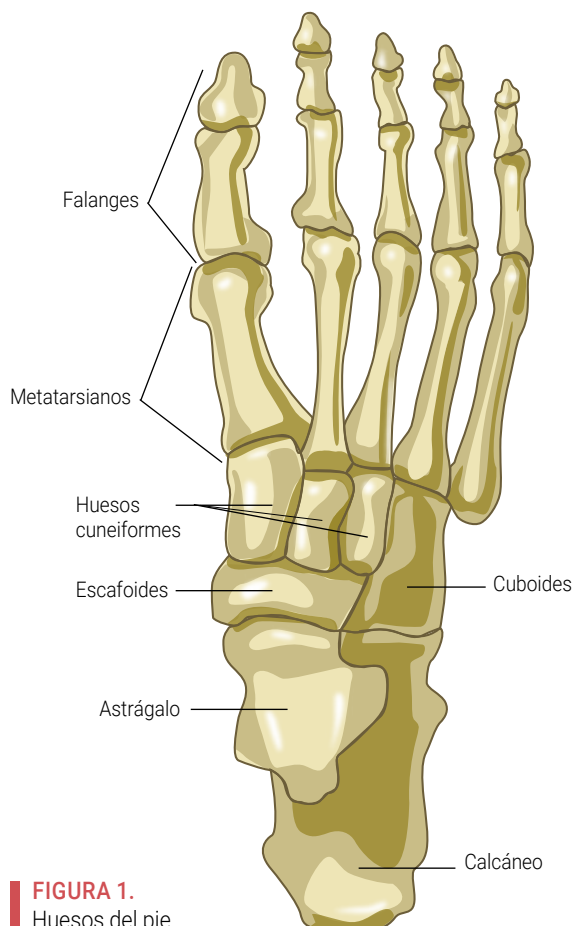


FIGURA 1.
Huesos del pie.

- Hueso intermedio del tarso: en la cara medial del pie se sitúa el escafoides tarsiano o hueso navicular (forma de barco).
- Grupo distal: de lateral a medial se sitúan el cuboides y las tres cuñas (cuneiformes lateral, intermedio y medial).
- **Metatarsianos:** existen cinco metatarsianos numerados de I a V de medial a lateral. El primer metatarsiano (dedo gordo) es el más corto y el segundo el más largo. Cada metatarsiano tiene una base en el extremo proximal y una cabeza en el extremo distal.
- **Falanges:** cada dedo tiene tres falanges (proximal, media y distal) excepto el dedo gordo que sólo tiene dos.

ARTICULACIONES

- **Articulación del tobillo:** es de tipo sinovial y está formada por el astrágalo y las epífisis distales de la tibia y peroné. Proximal a ésta encontramos la articulación tibioperonea distal, unida por un potente haz fibroso, la sindesmosis. La articulación del tobillo es estabilizada por (Fig. 2):
 - Ligamento colateral lateral: compuesto por tres haces:
 - Ligamento peroneoastragalino anterior (PAA).
 - Ligamento peroneoastragalino posterior (PAP).
 - Ligamento peroneocalcáneo (PC).
 - Ligamento colateral medial o deltoideo: es un fuerte ligamento triangular que está formado por cuatro haces:
 - Ligamento tibioastragalino anterior.
 - Ligamento tibioastragalino posterior.
 - Ligamento tibioalcáneo.
 - Ligamento tibionavicular.
- **Articulación medio-tarsiana o de Chopart:** está formada por dos articulaciones básicas: la medial o astrágalo-escafoidea, de tipo condíleo, móvil, esencial en la pronación y supinación del pie; y la lateral o calcáneo-cuboidea, en silla de montar, más rígida y estable.
- **Articulación tarso-metatarsiana o de Lisfranc:** entre las cuñas y los metatarsianos.
- **Articulación metatarso-falángicas:** entre los metatarsianos y las primeras falanges de los dedos.
- **Articulaciones interfalángicas:** proximal: entre las falanges primera y segunda, y distal: entre la segunda y tercera falange.

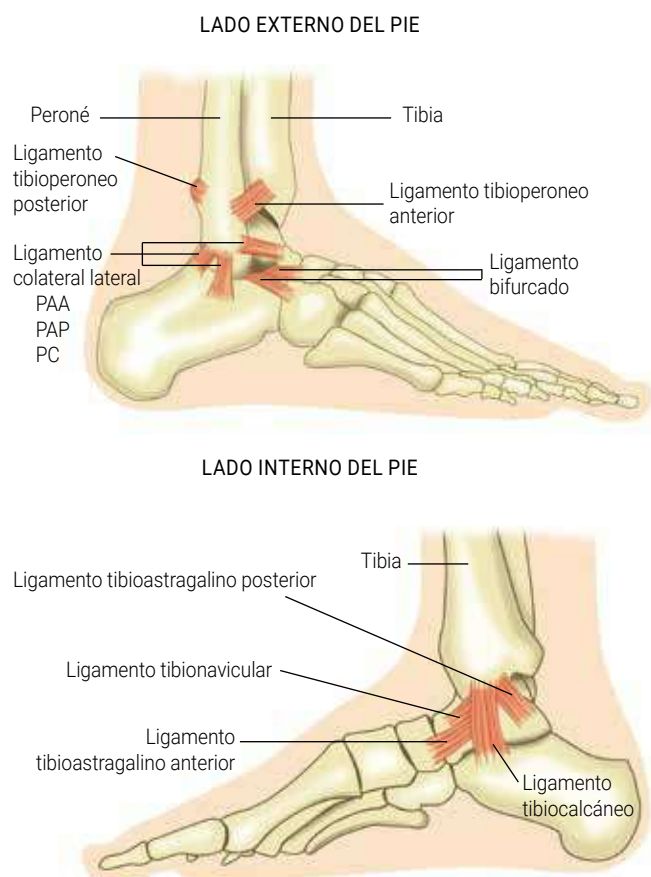


FIGURA 2.
Ligamentos colateral lateral y medial (deltoideo).

TÚNEL DEL TARSO

Se dispone en la cara medial del pie en el surco entre el maléolo tibial y el talón (tuberosidad del calcáneo) y por el retináculo flexor que lo envuelve. Las estructuras que pasan a través del túnel del tarso de medial a distal son: el tendón del tibial posterior, el tendón del flexor largo de los dedos, la arteria tibial posterior, el nervio tibial y el tendón del flexor del dedo gordo (Fig. 3).

FASCIA PLANTAR

La aponeurosis plantar es un engrosamiento de tejido conjuntivo fibroso. Se pueden distinguir tres porciones (Fig. 4):

- **La porción lateral y medial:** que cubren la superficie plantar del abductor del quinto dedo y del dedo gordo, respectivamente.

- **La porción central:** se la conoce como fascia plantar propiamente dicha. Se origina en la tuberosidad medial del calcáneo y distalmente se hace más ancha y delgada y se divide en cinco bandas, una para cada dedo.

Estas bandas se dividen a su vez, en una capa superficial y otra profunda. La función de la fascia plantar es mantener la curvatura longitudinal de la bóveda plantar y amortiguar las fuerzas que se ejercen sobre ella durante la bipedestación y la marcha.

MUSCULATURA INTRÍNSECA DEL PIE

Todos los músculos intrínsecos del pie se originan e insertan en el pie (Fig. 5).

Cara dorsal del pie	Extensor corto del dedo gordo Extensor corto de los dedos
Cara plantar del pie	Primera capa: Abductor del dedo gordo Flexor corto de los dedos Abductor del quinto dedo
	Segunda capa: Cuadrado plantar Lumbricales
	Tercera capa: Flexor corto del dedo gordo Aductor del dedo gordo Flexor corto del quinto dedo
	Cuarta capa: Interóseos dorsales Interóseos plantares

ARCOS DEL PIE

La planta del pie tiene tres arcos principales (Fig. 6) que deben estar adecuadamente equilibrados para

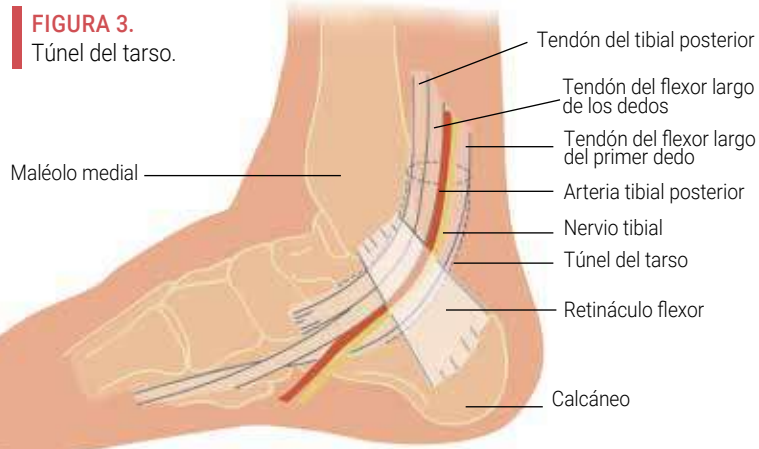


FIGURA 3.
Túnel del tarso.



FIGURA 4.
Aponeurosis plantar.

conseguir un apoyo adecuado durante la bipedestación y la marcha:

- **Arco longitudinal interno:** recorre la cara interna del pie desde el calcáneo a la cabeza del primer metatarsiano. Lo conforman: calcáneo, astrágalo, escafoides, primera cuña y primer metatarsiano.
- **Arco longitudinal externo:** recorre la cara externa del pie y principalmente está formado por tres piezas óseas: calcáneo, cuboides y quinto metatarsiano.
- **Arco transversal o anterior:** tiene como puntos de apoyo las cabezas del primer y quinto metatarsiano, con lo cual las cabezas de los otros tres metatarsianos normalmente no tienen contacto con el suelo.

VASCULARIZACIÓN E INERVACIÓN

La irrigación del pie corre a cargo de ramas de las arterias tibial posterior y pedia (arteria dorsal del pie). En el pie hay redes interconectadas de venas superficiales y profundas. Las superficiales drenan en un arco venoso dorsal y las profundas siguen a las arterias.

El pie está inervado por:

- **Nervio tibial:** que da dos ramos:

- Nervio plantar lateral: nervio motor que inerva todos los músculos intrínsecos de la planta del pie.
- Nervio plantar medial: principal nervio sensitivo de la planta del pie.

- Nervio peroneo superficial.
- Nervio peroneo profundo.
- Nervio sural.
- Nervio safeno.

INSPECCIÓN

La inspección comienza en el momento en el que el paciente entra por la puerta de nuestra consulta fijándonos en el aspecto externo del zapato y pie; de este modo, un contrafuerte medial deteriorado nos hace pensar en un pie plano, un desgaste en la punta por fricción en un pie caído, un desgaste excesivo del borde lateral de la suela en un pie varo, y la existencia de unos pliegues oblicuos en el calzado nos harían buscar una rigidez en el primer dedo (Fig. 7). De igual manera habrá que fijarse en el desgaste de la suela en relación a un apoyo hiperpronado que produce un derrumbamiento del pie hacia la parte interna del pie; por el contrario el apoyo hipersupinado va asociado al pie cavo varo, se trata de un pie muy estructurado con muy poca movilidad y con el tobillo hacia fuera (Fig. 8).

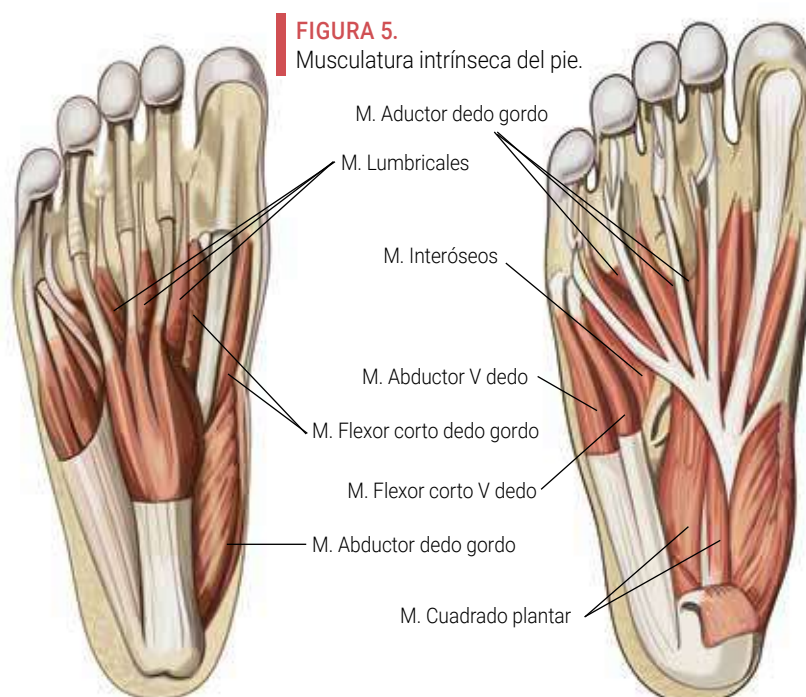


FIGURA 5.
Musculatura intrínseca del pie.

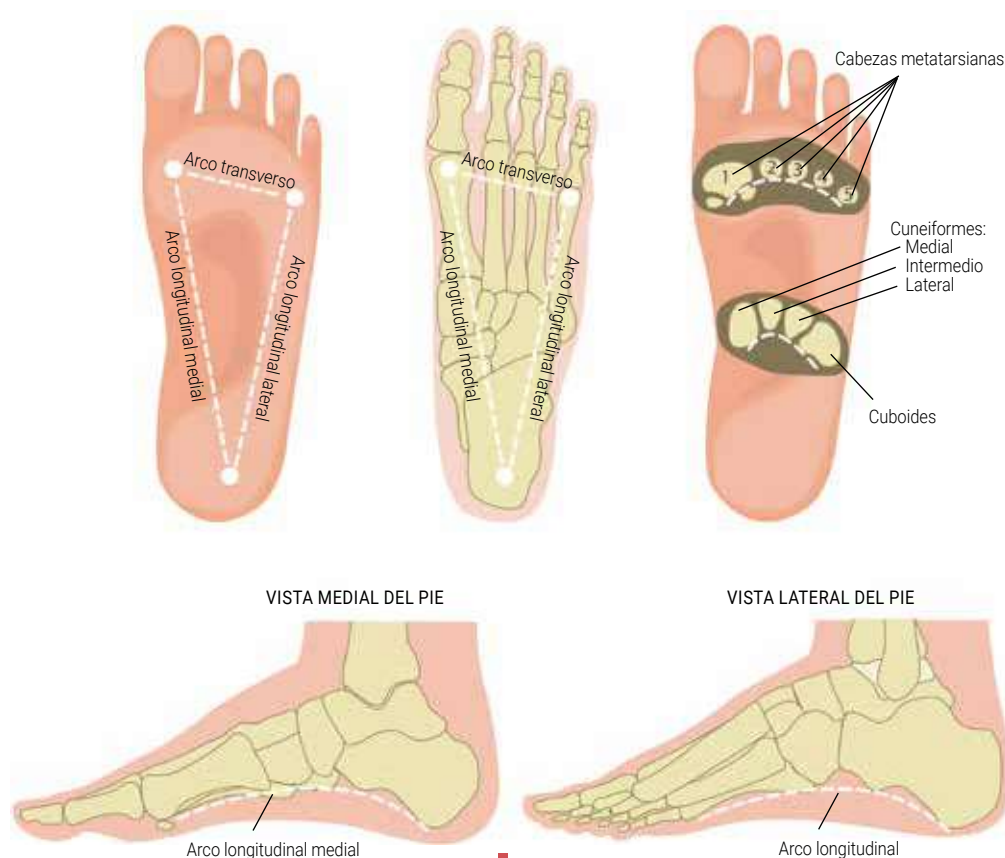


FIGURA 6.
Arcos del pie.

Nos debemos fijar en si presenta algún tipo de marcha antiálgica que nos oriente hacia un determinado diagnóstico:

- Si dirige la punta del pie hacia fuera, sospecharemos patología a nivel del tobillo. En cambio, si tiene marcha plantígrada con inclinación del tronco hacia delante suele ser por dolor en el antepié.
- Si camina sobre el borde interno del pie exploraremos la planta del pie y la desviación del tobillo pensando en un pie plano o plano valgo. Si por lo contrario apoya sobre el borde externo, haremos un diagnóstico diferencial entre una falta

de apoyo completo por dolor tipo metatarsálgico o por la existencia de un pie cavo o cavo varo (Fig. 9).

- Si el paciente deambula con un paso corto evitando apoyar el talón en la fase de choque, podría ser por un dolor generado por un espolón calcáneo o por una fascitis plantar. En cambio, evitaría la fase de impulso del antepié en una tendinitis o bursitis aquilea.

Debemos inspeccionar los cuatro lados del pie y del tobillo mientras el paciente está primero en bipedestación y después, o bien en decúbito supino, o en sedestación.

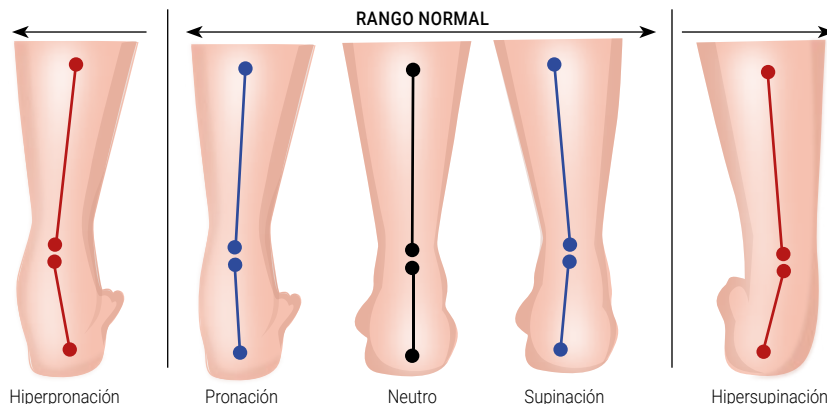
Con el enfermo en bipedestación pueden valorarse mejor las deformidades del pie y de sus dedos, entre las que destaca el hallux valgus, comúnmente conocido como juanete, y que suele ser debido a un primer metatarsiano más corto y varo de lo normal. De igual manera podemos objetivar la presencia de un "juanete de sastre" (excrecencia ósea dolorosa localizada en la metatarso-falángica del quinto dedo).

También podremos encontrarnos con un dedo en martillo (que se caracteriza por la flexión de la interfalángica proximal con hiperextensión de la metatarsofalángica) o con un quinto en varo (quintus



FIGURA 7.
Deformidades del calzado.

FIGURA 8.
Deformidad de la suela del calzado.



supraductus o infraductus en función de si se coloca por encima o por debajo del cuarto dedo) (Fig.10).

A continuación, nos colocaremos tras el paciente para observar la alineación del tobillo. Un valgo ligero sin visualizar los dedos en la zona externa se considera normal mientras que en el pie plano valgo éstos asomarían lateralmente.

Al realizar una vista anterior podemos clasificar el tipo de pie, según la fórmula digital de Viladot, en: pie egipcio (el primer dedo es más largo que el segundo, éste más que el tercero y éste último más que el cuarto), pie griego (el primer dedo es más corto que el segundo, el segundo es más largo que el tercero y éste último más que el cuarto) y el pie cuadrado (el primer y segundo dedos son igual de largos y ambos más largos que el tercero y éste último más que el cuarto) (Fig.11).

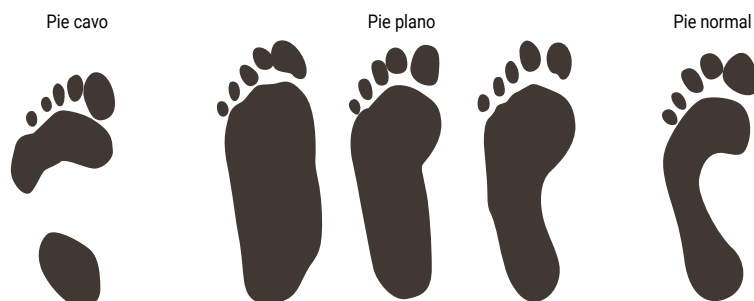


FIGURA 9.
Huella plantar.

Observar la parte interna del pie y, en concreto, el arco plantar nos deja ver un pie plano o cavo. Y en la parte externa nos fijaremos en si existe o no una prominencia del calcáneo, incluso con tumefacción, si el enfermo refiere haber sufrido un traumatismo o caída.

Con el paciente sentado o en decúbito supino inspeccionaremos la planta del pie, en concreto la

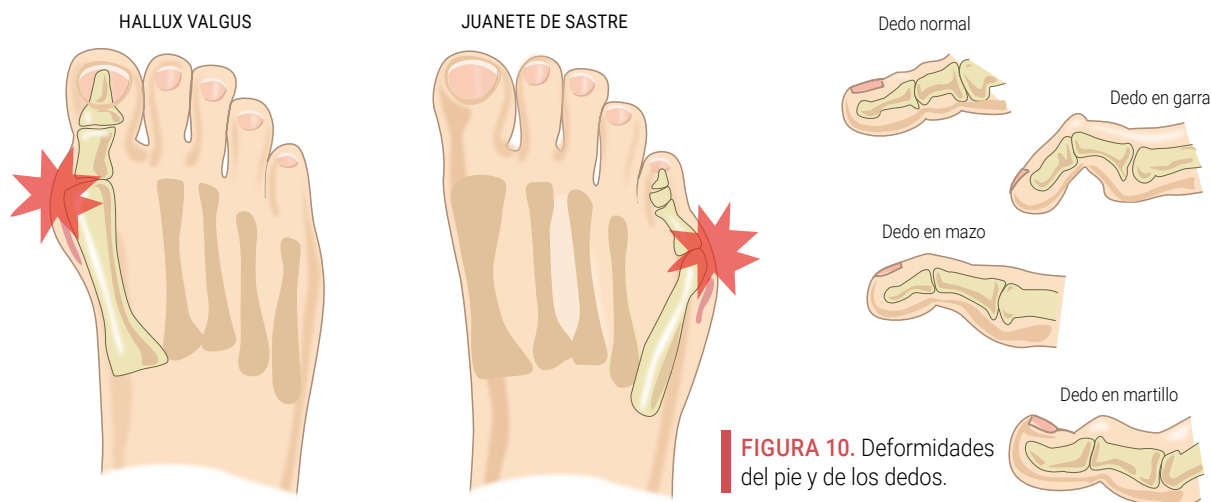


FIGURA 10. Deformidades del pie y de los dedos.

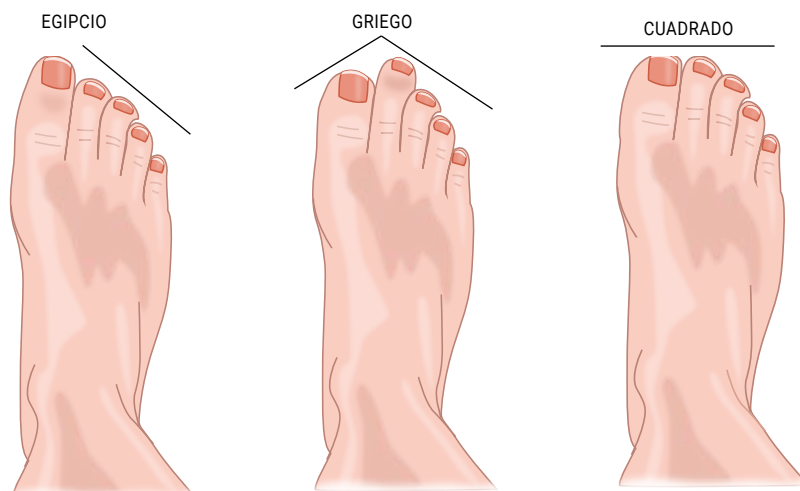


FIGURA 11.
Tipos de pie.

piel, en busca de callosidades (signo inequívoco de sobrecarga), prominencias de los metatarsianos y ulceraciones.

PALPACIÓN

La palpación del tobillo y del pie podría llevarnos al diagnóstico de sinovitis, tenosinovitis, fascitis plantar, metatarsalgias o artrosis, al tocar zonas de sensibilidad dolorosa o tumefactas.

Se comenzará palpando la línea articular anterior en busca de signos inflamatorios, tumefacciones y dolor. También valoraremos los tendones que pasan por delante del tobillo desde la zona interna a la externa: el tibial anterior, el tendón extensor propio del dedo gordo y el extensor común de los dedos (Fig. 12).

A continuación, exploraremos las estructuras óseas (maléolo tibial y maléolo peroneo) así como los ligamentos que los sostienen (el ligamento deltoideo y el ligamento colateral lateral). Por último, palparemos los tendones que pasan por detrás de las estructuras óseas, es decir el tendón del tibial posterior y el de los flexores de los dedos por la zona interna, y los tendones peroneos por detrás del maléolo externo (Fig. 13).

A la hora de valorar la articulación subtalar nos interesa centrarnos en el seno del tarso. Éste se palpa por delante y

por debajo del maléolo externo; el cuadro clínico del síndrome del seno del tarso consiste en dolor en la zona lateral del retropié con sensación de inestabilidad o inseguridad.

En cuanto a la palpación de las articulaciones medio-tarsianas, los puntos óseos más significativos son: el tubérculo del escafoides (está en el borde interno y es donde se inserta el tendón tibial posterior), la cabeza del astrágalo

(la cual se hace muy prominente en el pie plano grave) y la cola del quinto metatarsiano (situada en el borde externo) y es el lugar de inserción del peroneo lateral corto.

En la zona del retropié encontraremos la cola del astrágalo, el calcáneo y el tendón de Aquiles. En la parte más posterior y superior del calcáneo y por delante del tendón de Aquiles, podemos encontrar el osteofito de la enfermedad de Haglund o la osteocondritis del núcleo secundario de la tuberosidad mayor en la enfermedad de Sever en los niños (Fig. 14).

Ciertas deformidades de las articulaciones metatarso-falángicas ya son diagnosticadas sólo con la observación y el palparlas nos aporta el conocer si son o no dolorosas. Entre ellas destacamos el hallux valgus (que habitualmente presenta un bunion doloroso), el hallux rigidus (cuando la primera articulación metatarso-falángica pierde la movilidad y presenta crujidos) y el juanetillo de sastre.

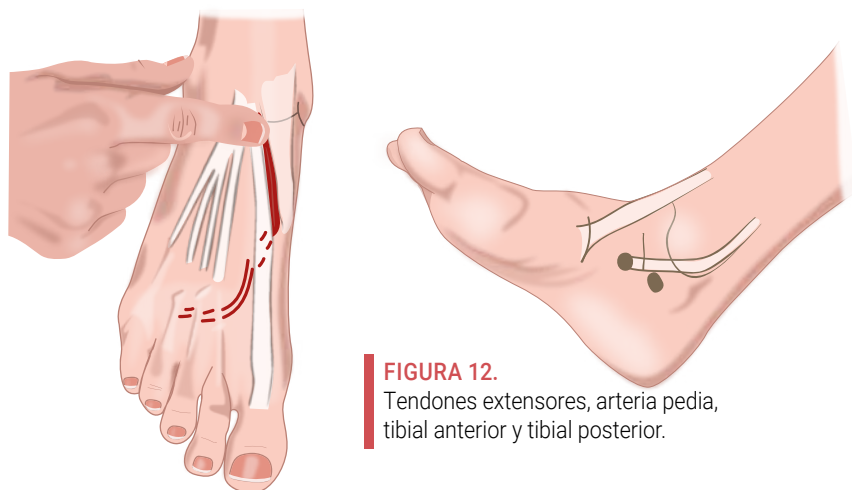
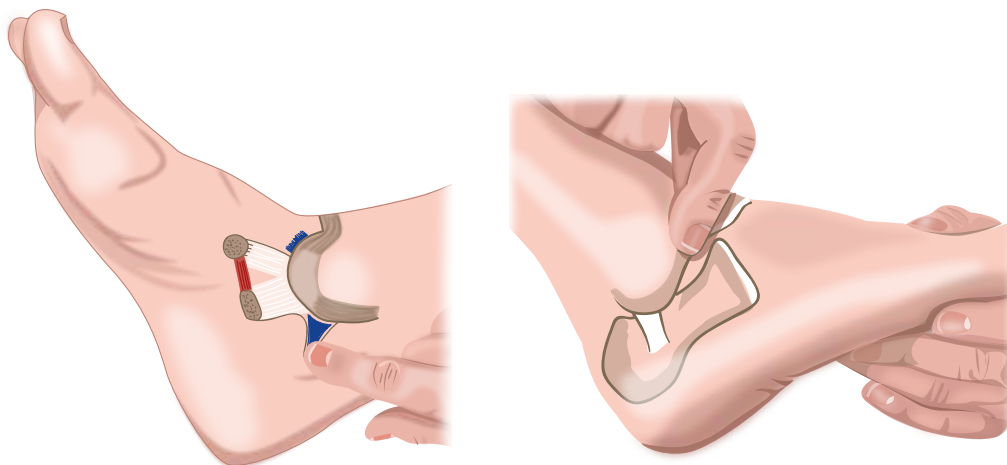


FIGURA 12.
Tendones extensores, arteria pedia, tibial anterior y tibial posterior.

**FIGURA 13.**

Ligamentos colaterales medial (cuatro haces) y lateral (peroneo astragalino anterior y peroneo calcáneo).

Además, tocaremos entre ellas en busca de algún neuroma interdigital de Morton, que se suele localizar entre el tercer y cuarto metatarsianos, aunque a veces aparece entre el segundo y el tercero.

Las deformidades de los dedos del pie suelen cursar con callosidades dolorosas por el roce con los zapatos y las principales son: el dedo en martillo (se caracteriza por una hiperextensión de la metatarso-falángica y de la interfalángica distal con flexión de la interfalángica proximal), el dedo en mazo (flexión aislada de la interfalángica distal) y el dedo en garra de Lelièvre (hiperextensión de las metatarso-falángicas y flexión de las interfalángicas proximal y distal).

Para finalizar la palpación del pie abordaremos la planta del mismo en la cual las cabezas de los metatarsianos suelen doler si existe un mal apoyo plantar. Además, los sesamoideos pueden doler, inflamarse e incluso romperse por un apoyo muy repetitivo sobre el mismo; cuadro clínico conocido como sesamoiditis.

Por último, el tubérculo medial del calcáneo (donde se inserta la aponeurosis plantar) puede doler en las fascitis plantares y en los espolones calcáneos.

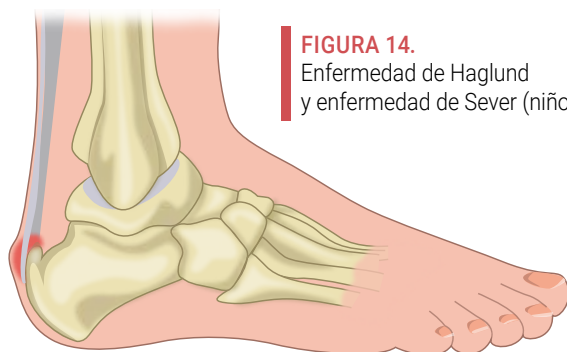
MOVILIDAD

Valoraremos la movilidad del tobillo y del pie tanto de forma activa como pasiva y comparando siempre con el contralateral.

En las pruebas activas es el paciente el que usa sus propios músculos para completar los arcos de movilidad, mientras que en las pruebas pasivas es el explorador el que mueve la extremidad del sujeto hasta el límite. Si el paciente es capaz de completar todo el recorrido articular de forma activa y sin dolor, no será necesario realizar una exploración pasiva de dicha articulación.

Existen unas pruebas rápidas para descartar restricciones importantes en los arcos de movilidad activos del pie y tobillo, como son el pedirle al enfermo que camine sobre las puntas de los dedos (flexión de tobillo), sobre los talones (extensión de tobillo), sobre el borde lateral de los pies (inversión) y sobre el borde interno (eversión).

Para medir los movimientos pasivos del tobillo partiremos de la posición de inicio o cero en la cual el pie se mantiene perpendicular a la pierna. Desde la misma determinamos:

**FIGURA 14.**

Enfermedad de Haglund y enfermedad de Sever (niños).

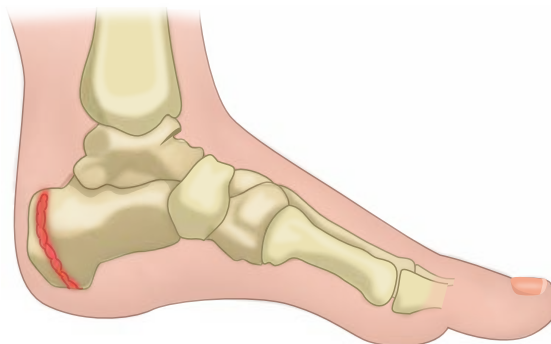
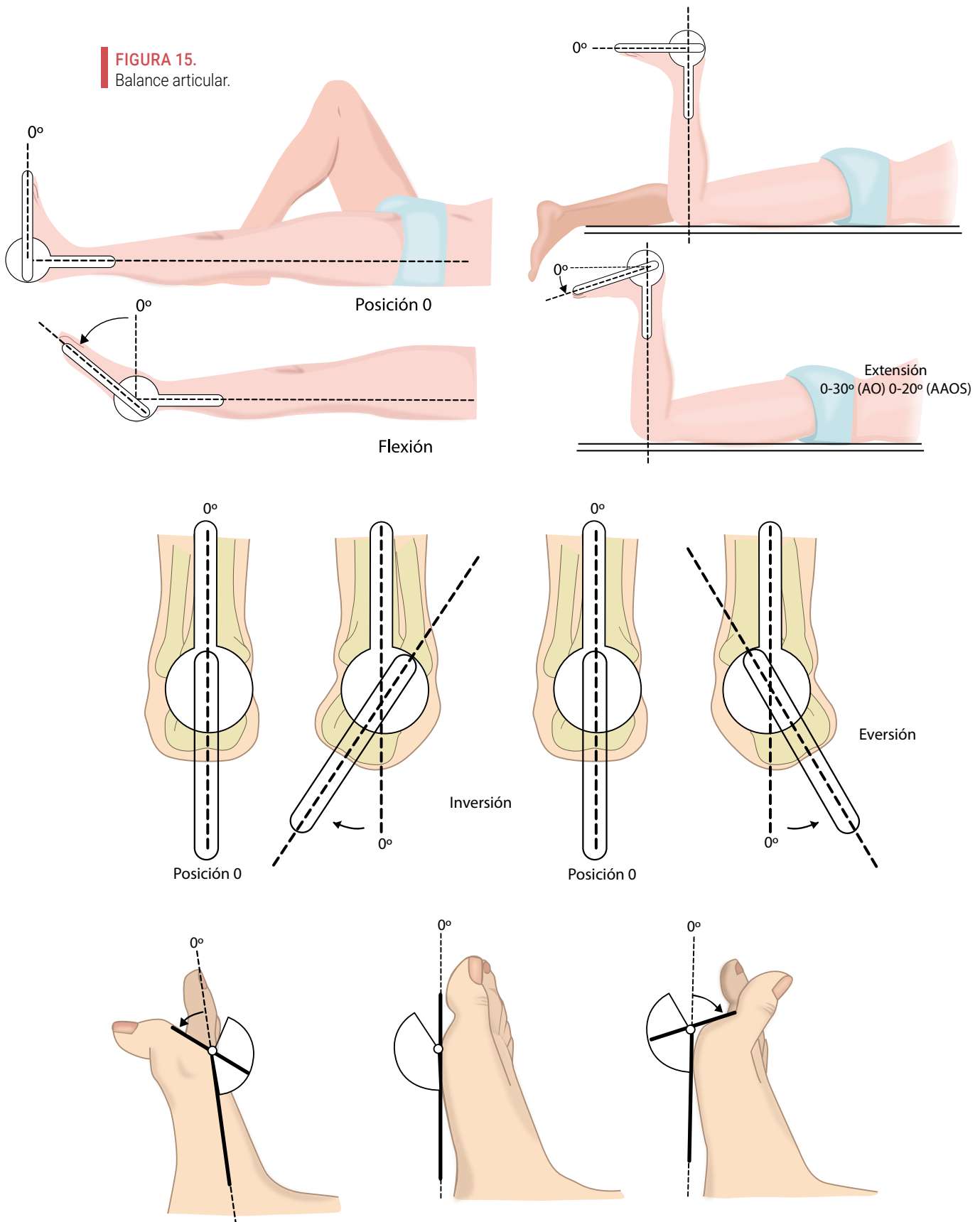


FIGURA 15.
 Balance articular.



- Extensión o flexión dorsal: es el movimiento del pie hacia la cara anterior de la tibia (rango de normalidad entre 20°-30°).
- Flexión o flexión plantar: es el opuesto al anterior que puede alcanzar los 50°.
- Inversión subastragalina: fijando la tibia con una mano, desplazamos el calcáneo de tal forma que la planta del pie mire hacia la otra planta, su valor habitual es de 5°.
- Eversión subastragalina: es el opuesto al anterior y su valor habitual también es de 5°.
- Aducción del segmento anterior del pie: estabilizando el calcáneo con una mano desplazamos la porción distal del pie en sentido medial (20°).
- Abducción del segmento anterior del pie: es el opuesto al anterior y para ellos desplazamos la porción distal del pie en sentido lateral (10°).

Aunque estos últimos cuatro movimientos se pueden evaluar de forma separada, se suelen combinar por parejas, de tal forma que la supinación es la suma de la inversión con la aducción, mientras que la pronación lo es de la eversión y la abducción.

Por último, merece la pena valorar la movilidad de la primera articulación metatarso falángica ya que tiene un papel primordial en la fase de impulso de la marcha. Sus rangos completos de movilidad son de 45° de flexión y de 70° a 90° de extensión; y se requiere, para un impulso normal, un mínimo de 35° a 40° de extensión (Fig. 15).

MANIOBRAS ESPECÍFICAS

Una vez realizado el examen general disponemos de maniobras exploratorias que nos pueden ayudar a apoyar o descartar una hipótesis diagnóstica inicial. Veremos las más relevantes por patologías.

PRUEBAS DEL TENDÓN DE AQUILES

Signo de crujido para la tendinitis del tendón de Aquiles: los pacientes con tendinitis de Aquiles, tienen dolor con la flexión plantar resistida del pie, así como un signo del crujido positivo. Para provocar el signo del crujido, se pide al paciente que se sitúe al borde de la mesa de exploración, el examinador palpa la zona del tendón de Aquiles y con la otra mano realiza una flexión plantar y dorsal pasiva del pie. El signo del crujido se considera positivo si el examina-

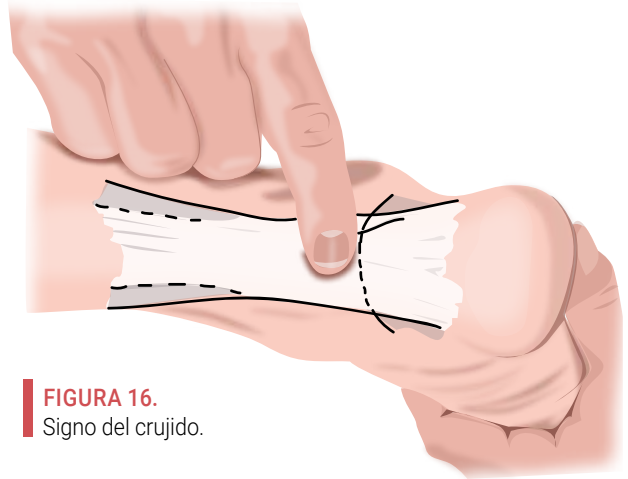


FIGURA 16.
Signo del crujido.

dor puede apreciar un crujido o una crepitación con estos movimientos. Sugiere tendinitis del tendón de Aquiles (Fig. 16).

Maniobra de presión de Thompson: paciente en posición prona con los pies colgando sobre la mesa de exploración. El examinador presiona la pantorrilla y se considera la prueba positiva si el tobillo sigue inmóvil o aparece una flexión mínima del tobillo. Esta prueba también puede efectuarse en decúbito prono con la rodilla en flexión de 90°. La pérdida de flexión plantar sugiere rotura del tendón de Aquiles (Fig. 17).

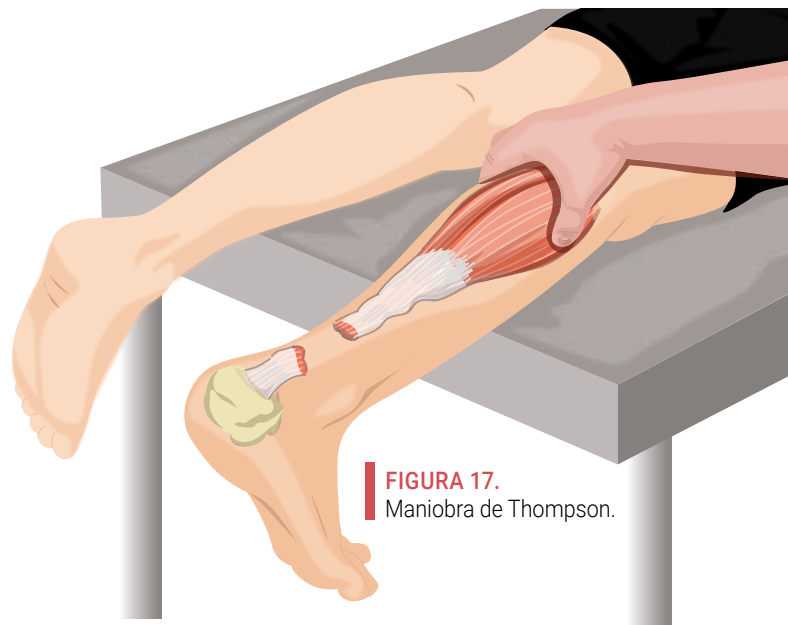


FIGURA 17.
Maniobra de Thompson.



FIGURA 18.

Prueba de inestabilidad lateral.

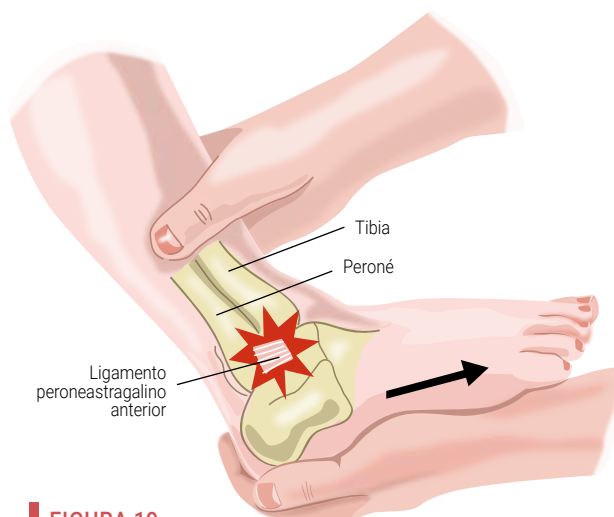


FIGURA 19.

Prueba del cajón anterior.

PRUEBAS DE ESTABILIDAD ARTICULAR DEL TOBILLO

Pruebas de inestabilidad lateral (externa e interna): se hacen sujetando con una mano la pierna y con la otra el retropié y haciendo una supinación o una pronación. Si hay una lesión de los ligamentos externos (la más frecuente), veremos un bostezo articular y un chasquido muy característico (Fig. 18).

Prueba del cajón anterior: paciente en decúbito supino o sentado al borde de la mesa de exploración, se admite que el tobillo adopte una ligera flexión plantar. La porción distal de la tibia y peroné se estabilizan con una mano y, a continuación, el examinador agarra con la otra mano el calcáneo y astrágalo y hace un desplazamiento firme hacia delante. Un desplazamiento de más de 5 mm se considera positivo y sugiere insuficiencia de ligamento peroneoastragalino anterior (Fig. 19).

PRUEBA DE PINZAMIENTO DEL TOBILLO

Signo de Pinzamiento de Molloy: paciente sentado, el examinador toma el calcáneo con una mano y con la otra el antepié y lo lleva a flexión plantar. El pulgar se usa para presionar sobre el tobillo antero-lateral. Después el pie se lleva desde la flexión plantar a dorsal manteniendo la presión sobre el pulgar. La prueba se considera positiva si el dolor provocado con la presión del pulgar es mayor en flexión dorsal que en flexión plantar (Fig. 20).

FASCITIS PLANTAR

El paciente suele presentar un punto máximo de dolor en la región anteromedial del calcáneo aunque puede referir dolor a lo largo de toda la fascia plantar proximal. El dolor puede exacerbarse con la dorsiflexión de tobillo y dedos (Fig. 21).



FIGURA 20.

Maniobra de pinzamiento del tobillo: flexión plantar y dorsal.





FIGURA 21.
Fascitis plantar.



FIGURA 22.
Síndrome del tarso: signo de Tinel y signo del triple esfuerzo.

SÍNDROME DEL TUNEL DEL TARSO

La clínica clásica del síndrome del túnel del tarso es dolor urente en la región medial y retromaleolar del tobillo, que se incrementa con el apoyo plantar.

Signo de Tinel: con el martillo de reflejos, el examinador golpea el nervio tibial posterior por detrás del maléolo interno. La prueba se considera positiva si se desencadenan disestesias en el trayecto del nervio.

Signo del triple esfuerzo: el tobillo se coloca en flexión plantar completa y el pie en inversión, incluyendo presión constante digital aplicada sobre el nervio tibial posterior. La prueba es positiva si se desencadenan los síntomas (Fig. 22).

NEUROMA DE MORTON

Se trata de una neuropatía degenerativa del nervio digital común plantar de etiología mecánica. Habitualmente se manifiesta como un dolor entre el tercer y cuarto metatarsiano con irradiación distal, que suele empeorar al llevar tacones altos, zapatos estrechos y al caminar. Ocasionalmente puede localizarse entre el segundo y tercer metatarsiano.

Signo de Mulder: el examinador sujeta en pinza el antepié por los laterales y efectúa una presión mientras con la otra mano ejerce presión sobre el espacio interdigital en cuestión. A diferencia de lo que ocurre con la metatarsalgia, en la que la zona dolorosa se extiende por todas las cabezas de los

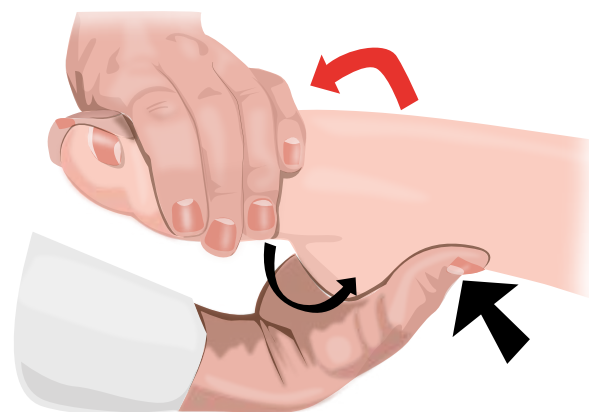


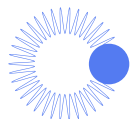
FIGURA 23.
Signo de Mulder.

metatarsianos; en el neuroma de Morton, la zona dolorosa se localiza sólo en la superficie plantar del espacio afectado, con las parestesias irradiándose hacia los dos dedos afectados (Fig. 23).



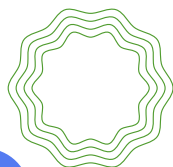
BIBLIOGRAFÍA

- Drake R, Vogl A, Mitchell A. Anatomía básica de Gray. Editorial Elsevier. 2013
- Kapandji A, I. Fisiología articular. Raquis cervical. Tomo 3. Editorial Panamericana. 2008.
- Marcio Olimpio Souza. Anatomía palpatoria. Editorial Amolca. 2012.
- Hoppenfeld S. Exploración física de la columna vertebral y las extremidades. México. El Manual Moderno. 2000.
- Buckup K. Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular. 3ª ed. Barcelona. Masson. 2007.
- Cleland J. Netter. Exploración clínica en ortopedia. Masson. 2006.
- Waldman. Atlas diagnóstico del dolor. Tomo 2. Editorial Elsevier. 2007.
- Viladot A. Anatomía funcional y biomecánica del tobillo y pie. Rev Esp Reumatol 2003;30(9):469-77.



Línea Captor
Dolor moderado
intenso

**Frente al dolor
de nuestros pacientes,
actuamos con flexibilidad.**

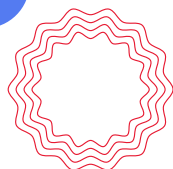


**Captor
37,5mg/325mg**

Tramadol + Paracetamol
Comprimidos EFG



**SIN
LACTOSA¹**



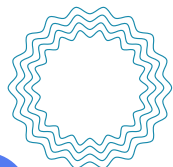
**Captor
75mg/650mg**

Tramadol + Paracetamol
Comprimidos



COMPRIMIDOS RANURADOS¹

- Posibilidad de administrar la mitad de la dosis
- Facilitan la deglución



**Captor SIMPLEX
50,100,150,200mg**

Tramadol
Cápsulas de liberación prolongada



LIBERACIÓN PROLONGADA vs. INMEDIATA:

- La formulación de cápsulas de liberación prolongada tiene mejor tolerabilidad y ha demostrado generar menos náuseas³
- Idéntica biodisponibilidad con menor pico y menor fluctuación de concentraciones en plasma⁴

**SIN
LACTOSA¹**



ferrer

Accede a
www.desactivaeldolor.com
dónde encontrarás contenido de
interés sobre dolor



1. Ficha técnica CAPTOR 37,5 mg/325 mg hidrocloreuro de tramadol y paracetamol, Ferrer Internacional, S.A. [Fecha consulta marzo de 2024]. Ficha técnica CAPTOR 75 mg/650 mg hidrocloreuro de tramadol y paracetamol, Ferrer Internacional, S.A. [Fecha consulta marzo de 2024]. 2. Ficha técnica CAPTOR® SIMPLEX hidrocloreuro de tramadol, Ferrer Internacional, S.A. [Fecha consulta marzo de 2024]. 3. Raber M, Hofmann S, Junge K, Mombberger H, Kuhn D. Analgesic efficacy and tolerability of tramadol 100 mg sustained-release capsules in patients with moderate to severe chronic back pain. Clin Drug Invest. 1999;17(6):415-23. 4. Gillian M. Keating. Tramadol Sustained-Release Capsules. Drugs 66, 223-230 (2006).

VER FICHAS TÉCNICAS

[Captor® 37,5mg/325mg](#)

[Captor® 75 mg/650 mg](#)

[Captor SIMPLEX®](#)

Medicamentos sujetos a prescripción médica. Reembolsados por el Sistema Nacional de Salud. Aportación normal.

Captor® 37,5mg/325mg, 60 comprimidos PVP (IVA): 8,88€. Captor® 75mg/650mg, 20 comprimidos PVP (IVA): 5,92€. Captor® 75mg/650mg, 60 comprimidos PVP (IVA): 17,75€. Captor SIMPLEX® 50mg, 20 cápsulas PVP (IVA): 2,50€. Captor SIMPLEX® 50mg, 60 cápsulas PVP (IVA): 6,21€. Captor SIMPLEX® 100mg, 20 cápsulas PVP (IVA): 4,14€. Captor SIMPLEX® 100mg, 60 cápsulas PVP (IVA): 12,41€. Captor SIMPLEX® 150mg, 20 cápsulas PVP (IVA): 6,21€. Captor SIMPLEX® 150mg, 60 cápsulas PVP (IVA): 18,62€. Captor SIMPLEX® 200mg, 20 cápsulas PVP (IVA): 8,27€. Captor SIMPLEX® 200mg, 60 cápsulas PVP (IVA): 24,82€