

Malformaciones congénitas del pie y pie plano

Hernán Moya S.¹

Los problemas ortopédicos del pie en el niño son los más frecuentes en esta época de la vida. Los pediatras y los médicos de familia frecuentemente son consultados por este tipo de patologías. Por este motivo es tan importante hacer la diferenciación entre un pie normal y un pie alterado que necesita tratamiento del especialista en forma precoz. También, para el manejo de esta patología, es necesario conocer la terminología ortopédica, para así hablar un idioma común que permita comprender el problema que se está conociendo.

Las alteraciones del pie pueden comprometer el eje transversal, vertical o longitudinal (figura). Las alteraciones del eje transversal incluyen el pie talo (pie fijo en flexión dorsal), pie equino (pie en flexión plantar), pie plano (pie con aplanamiento del arco medio longitudinal) y el pie cavo (pie con elevación del arco medio longitudinal). Las alteraciones en el eje vertical comprenden el pie aducto (pie desviado hacia la línea media del cuerpo), el pie con abducción (pie desviado hacia fuera de la línea media), el pie varo (talón orientado hacia dentro) y el pie valgo (talón orientado hacia fuera). Por otra parte las alteraciones del eje longitudinal son la supinación (la planta del pie mira hacia dentro) y la pronación (la planta del pie mira hacia fuera).

Los médicos que prestan atención a los niños pueden encontrar una gran variedad de alteraciones en la postura de las piernas y de los pies, desde el período de nacimiento hasta la adolescencia. Es de fundamental importancia distinguir entre las causas pato-

lógicas que es necesario tratar y la causas funcionales que evolucionarán hacia la mejoría en forma espontánea.

MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL PIE

Pie talo valgo

Es una anomalía relativamente frecuente en el recién nacido, en la cual el pie está en flexión dorsal y en pronación. En general es de evolución benigna, consistiendo su tratamiento, si es necesario, en masajes repetidos y en el uso de férulas si persistiera esta posición. Si la deformidad no se corrige rápidamente o es resistente, se pueden aplicar vendajes correctores enyesados. Es importante descartar siempre una luxación congénita de cadera (LCC) o algún tipo de trastornos neurológicos como espina bífida.

Pie cavo

En esta patología existe un aumento de la bóveda plantar o arco longitudinal, que puede estar asociado con una desviación en varo del calcáneo y retracción de los dedos (dedos en garra). Es una patología rara en los niños, y la sintomatología se hace presente en la adolescencia y en el adulto. Aparece dolor, porque el peso del cuerpo es soportado por la cabeza de los metatarsianos y por el talón.

Alrededor del 80% de los pie cavo en el niño se deben a alteraciones neuromusculares, que en algunos casos son de índole familiar. Las enfermedades neurológicas más frecuentes en estos niños son: la enfermedad de Charco-Marie-Tooth, el disrafismo espinal y la lesión motora cerebral.

En los casos leves el tratamiento conservador es mediante el uso de plantillas de apoyo metatarsal, y el tratamiento quirúrgico está indicado solo cuando la deformidad es intensa e incapacitante.

Esta sección contiene parte de las conferencias dictadas anualmente en el marco del Programa de Educación Continua de la Sociedad Chilena de Pediatría.

1. Hospital Roberto del Río, Servicio de Ortopedia y Traumatología Infantil.

Metatarso varo

Es una deformidad congénita postural con una aducción del antepié y retropié normal. Este signo es esencial para diferenciar un metatarso varo, que es una afección de buen pronóstico, del pie bot, que siempre es más grave y de un tratamiento quirúrgico.

Su etiología es desconocida, y su frecuencia es de 1/1 000 nacidos vivos; si existen antecedentes familiares esta aumenta a 1/20 nacidos vivos. Es más frecuente en los varones, en los gemelos y en el parto en podálica. Se asocia a luxación congénita de caderas (LCC) en un pequeño porcentaje, por lo que siempre es necesario descartarla.

Alrededor del 90% se resuelve en forma espontánea, pero hay un pequeño porcentaje que requiere de manipulaciones, el uso de férulas en la noche y de calzado antivaro. Solo en el caso de un metatarsiano rígido están indicados los yesos correctores que se cambian cada 15 días.

Pie bot (pie equino-varo congénito)

Es una malformación congénita con pie equino, aducto, en varo y supinado. La frecuencia es de 1 a 4,5/1 000 recién nacidos vivos. En la mitad de los casos es bilateral y es más frecuente en el hombre en relación 2/1 con la mujer.

Su etiopatogenia es multifactorial, con un factor genético de herencia poligénica importante, ya que cuando hay antecedentes familiares su incidencia aumenta a 25%. Con cierta frecuencia se asocia a luxación congénita de caderas, espina bífida y artrogriposis.

Puede ser reductible o postural y no reductible o grave. Esto es importante, puesto que para determinar su gravedad no es la deformidad lo que cuenta, sino su reductibilidad. El diagnóstico es clínico; sin embargo, en los lactantes mayores las pruebas radiográficas pueden resultar útiles tanto para valorar la gravedad de la deformidad como para ver si el tratamiento conservador ha sido efectivo.

En la radiografía frontal existe un paralelismo entre los ejes del astrágalo y el calcáneo, que pierden su divergencia normal que está entre 30° y 40°. Al nacimiento es necesario hacer un diagnóstico diferencial con el metatarso varo y los pies alterados de origen neurológico.

El tratamiento en el período de recién nacido se realiza con yesos correctores y con manipulación. Al tercer mes de vida, alrededor de 40 a 50% estará corregido, y alrededor de 60% necesitará de un tratamiento quirúrgico.

Pie plano

El término pie plano es el motivo de consulta ortopédica más frecuente en los niños y se utiliza en forma vaga y muy amplia, abarcando situaciones fisiológicas y patológicas.

El recién nacido y el niño menor tienen lo que se llama el pie plano fisiológico, cuyo aspecto se debe a la prominencia de la almohadilla adiposa del arco interno. Este pie plano del niño menor toma su forma definitiva entre los dos y tres años.

Es conveniente diferenciarlo de los pies planos que requieren tratamiento precoz, como son el pie plano congénito, el de secuela neurológica, el pie plano por fusiones tarsales y del pie plano laxo o flexible.

El pie plano congénito, llamado también astrágalo vertical, que es afortunadamente de fácil diagnóstico y se puede y debe reconocer en el período neonatal, en el examen físico se constata un pie plano rígido, doloroso en forma precoz y con poca movilidad. Requiere un tratamiento enérgico y precoz con yesos correctores y eventual cirugía cuando no cede al tratamiento ortopédico o cuando el diagnóstico se ha hecho en forma tardía. Debe descartarse la luxación congénita de caderas, que a menudo acompaña a este tipo de pie.

Dentro del pie plano, secuela de lesiones neurológicas, encontramos el de la poliomyelitis, que afortunadamente en el día de hoy es extremadamente raro, y el pie plano secundario a una enfermedad motriz de origen cerebral, lo que es más frecuente. Generalmente, se trata de un pie valgo y se encuentra con mayor frecuencia en los niños dipléjicos.

El pie plano por fusiones tarsales comprende los por fusiones del calcáneo con el escafoides (que es el más frecuente) y los por fusión del astrágalo con el calcáneo. Es un pie plano rígido y doloroso. El tratamiento es quirúrgico cuando aparece la sintomatología.

El pie plano laxo o flexible es sin duda el más frecuente y suele ser asintomático al examen físico. Cuando el niño no apoya el pie se observa un buen arco plantar longitudinal, que al apoyar los pies se aplana hasta desaparecer. Se encuentran, además, dife-

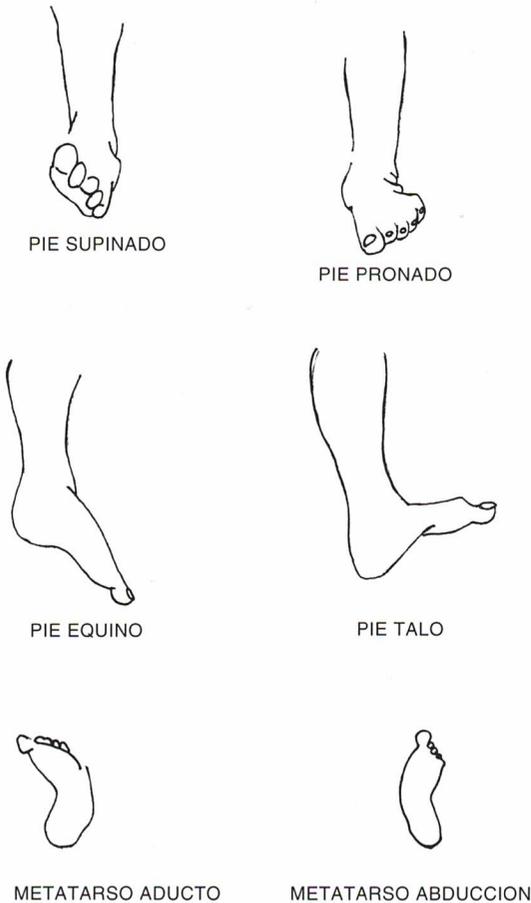


Figura 1. Alteraciones del eje longitudinal, transversal y vertical del pie.

rentes grados de abducción del antepié y valgo del retropié. El pie plano flexible suele asociarse a una laxitud generalizada de los ligamentos, en particular de manos, muñecas, codos y rodillas, y a menudo se observa en varios miembros de una misma familia. En la mayor parte de los casos el pie plano flexible es asintomático, pero en algunos provoca tensión y dolor por la alteración de la mecánica del pie. Este dolor puede ser mediotarsiano o un dolor difuso en la cara anteroexterna de la pierna. La intensidad de las molestias determinará la indicación del tratamiento. El diagnóstico se puede hacer mediante el fotopodograma, que es una prueba importante para el seguimiento de los pies en tratamiento. La radiología en proyección lateral y en carga muestra un aumento del ángulo de Moreau-Costa-Bartani, que es normal entre 125° y 130° .

Tradicionalmente, los casos de pie plano se han tratado con calzado corrector que comprende contrafuerte alto y firme, taco de Thomas y suela; y con plantillas correctoras que apoyan el arco longitudinal y además corrigen el valgo del calcáneo. En la actualidad se recomienda que un niño con pie plano flexible sin síntomas importantes utilice zapatos corrientes, incluyendo zapatillas deportivas, y solo se recomiendan zapatos especiales, con o sin plantilla, en aquellos niños que tengan dolor importante y persistente, o en aquellos que tengan una deformidad tan significativa que desgasten o deformen rápidamente el calzado de uso habitual.