

PIE PLANO FLEXIBLE DEL NIÑO

Prof. Adj. Dra. María Elena Pérez

Clínica de Ortopedia y Traumatología Pediátrica
Prof.Dr. Alejandro Cuneo
Facultad de Medicina UdelaR

INTRODUCCIÓN

No existe una definición aceptada de PIE PLANO dado que no hay una medida "normal" del arco o bóveda plantar interna.

Además es bastante cuestionable llamarlo "deformidad" ya que el PIE PLANO FLEXIBLE es frecuente en la edad infantil, común en niños y está dentro de los límites normales en adultos. (Staheli, Harris y Beath, Wenger)

Con varios estudios realizados por eximios ortopedistas, sigue sorprendiendo que el PIE PLANO FLEXIBLE siga siendo visto, evaluado y tratado como patológico.

Puede definirse como la ausencia o descenso marcado del arco longitudinal interno del pie en el apoyo, en un pie flexible en cuanto a la movilidad articular y es la consecuencia inevitable de la bipedestación en huesos normales conectados por ligamentos laxos.

El aspecto general del pie en el apoyo es:

- Descenso o ausencia del arco longitudinal interno
- Talón en valgo o eversión
- Antepié en abducción
- Lo que provoca un quiebre o descenso más o menos marcado del borde interno tanto que la cabeza del Astrágalo y el tubérculo del Escafoides parecen o llegan a apoyar en el piso.
- Disminución de longitud del borde externo del pie.
- En relación al retropié, el Antepié está supinado. Esto se observa al corregir el retropié.

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico de PIE PLANO FLEXIBLE es clínico, por el aspecto del pie en apoyo, en un pie flexible.

No se necesita realizar estudios radiológicos para realizar el diagnóstico.

Pero, si necesitáramos descartar un diagnóstico diferencial porque la presentación clínica no es clara (ejemplo: malformación tarsal, pie valgo convexo o astrágalo vertical congénito, pie calcáneo-valgo, artritis reumatoidea u otras afecciones

inflamatorias), podemos realizar mediciones en el par radiológico (enfoco de frente y perfil) en apoyo de ambos pies.

Así podemos describir:

- Angulo Astrágalo-1° metatarsiano o Línea de Meary, en el perfil. Valor normal 0°.
- Grado de inclinación plantar del Astrágalo.
- Valoración del “quiebre” del borde interno (astrágalo – escafoides o escafoides – 1° cuña) valor normal $26^{\circ}5 \pm 5$

Pero tenemos que tener presente que si el diagnóstico clínico es claro, no es aconsejable realizar radiografías sólo como elemento tranquilizador para los padres.

CLÍNICA:

Generalmente hay una laxitud de las estructuras ligamentarias del pie.

En el apoyo, disminuye el arco longitudinal interno y en suspensión (sin apoyo) o realizando puntas de pie (ponemos en actividad los músculos flexores plantares. Test de Jack) se reconstituye el arco y se variza el retropié.

Se debe realizar un examen neurológico (marcha, coordinación y reflejos) para descartar enfermedades neurológicas o miopáticas, que pueden dar debilidad e hipotonía muscular (ej.: poliomielitis, neuropatías periféricas, Distrofia muscular de Duchenne, Parálisis Cerebral)

Evaluación de la movilidad pasiva y activa de las articulaciones involucradas.

Existencia o no de dolor.

Valoración del Tendón de Aquiles, descartando contractura o acortamiento del mismo. Se busca la dorsiflexión pasiva del pie, con el retropié en varo.

Hay que tener presente si existen condiciones médicas pre-existentes, si hay antecedente de traumatismo, valorar el nivel de actividad física y si hubo tratamiento previo de ésta condición.

HISTORIA NATURAL

A medida que el infante crece, hasta llegar aproximadamente a los 8 años, existe un desarrollo normal del arco longitudinal interno y atrofia de la grasa subcutánea, al igual que mejora la laxitud ligamentaria. Igualmente preconizamos una observación periódica para monitorear los signos de progresión.

Es por eso que numerosos estudios plantean lo innecesario del tratamiento “profiláctico” del PIE PLANO en el niño, con calzado correctivo u ortesis (plantares). Incluso varios trabajos prospectivos han demostrado ser perjudiciales, innecesarios e inefectivos para el desarrollo normal del pie.

TRATAMIENTO

En el caso de un paciente en edad pediátrica que presente un pie plano hipermóvil, flácido y no doloroso, NO debe realizarse ninguna acción terapéutica, ya que como vimos, se trata de un pie normal.

Si presenta una contractura o acortamiento del Tendón de Aquiles, se aconseja realizar ejercicios manuales pasivos y activos de elongación.

Si hay hipotonía del Tendón del Tibial Posterior, se indican ejercicios de fortalecimiento, como caminar en puntas de pie por ejemplo.

Si existe dolor en el arco interno, fatiga o calambres nocturnos, el niño puede beneficiarse con calzado (incluso calzado deportivo) con soporte posterior firme (contrafuerte) y del arco interno.

En los casos más severos, sintomáticos, puede llegar a usarse ortesis (plantares) con una cuña supinadora que mejore el apoyo.

Pero debemos tener claro nosotros y explicar a los padres, que ninguno de éstos aparatos llevará a un cambio permanente en la anatomía del pie o estructuras de la bóveda plantar; solo será funcional y con la finalidad de evitar dolor en las estructuras elongadas.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

Es de excepción llegar a éste punto de solucionar quirúrgicamente un pie plano flácido sintomático.

Pero en los casos graves que lo requieren, hay soluciones quirúrgicas que intentan reconstruir el borde interno del pie con técnicas de partes blandas u óseas.

Dentro de estas técnicas quirúrgicas y dependiendo de la presentación clínica y edad del paciente, puede realizarse:

- Alargamiento de Tendón de Aquiles
- Alargamiento de la columna externa
- Técnica de Young con reconstitución de la bóveda interna
- Osteotomía varizante de calcáneo

- Realineación de la subluxación del complejo Astrágalo –navículo-cuneiforme.
- Artrodesis sub-astragalina

BIBLIOGRAFÍA

- "Exploración física de la columna vertebral y las extremidades." Stanley Hoppenfeld. Ed. Manual Moderno. 1979.
- "Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics". Raymond T Morrissy – Stuart L Weinstein. Ed Lippincott Williams and Wilkins. 2001. 5º edición.
- "Tachdjian's Pediatric Orthopaedics". John A Herring. Ed. Saunders – Elsevier. 2008. 4º edición.
- The influence of footwear on the prevalence of flat foot. V. Sachitanandam – B Joseph . J.B.J.S. Vol. 77 – B, N° 2, March 1995.
- "Prevalence of flat foot in school-aged children. Pfeiffer M, Kotz R, Ledl T, Hauser G and Sluga M. Pediatrics 2006;118;634-639.
- "Problem feet in children". Fixsen J A. JR Soc Med, January 1998;91:18-22

FOTOS

Fotos 1 y 2: Vista del apoyo de frente y posterior.



Fotos 3 y 4: Vista de atrás, constatando la flexibilidad de los pies por el varo del retropie.



Foto 5: Vista del apoyo plantar en el Podoscopio.



