



Tratamiento conservador precoz del pie zambo equinovaro idiopático. Entre consenso y desacuerdo

F. Bonnet-Diméglio, J. Cottalorda, K. Patte

El tratamiento conservador del pie zambo equinovaro es reconocido por todos los equipos de ortopedistas pediatras como una necesidad inmediata, urgente e ineludible. Sin embargo, este tratamiento abarca realidades muy diversas: cada equipo tiene sus principios, a menudo muy distintos, incluso contradictorios, sobre todo en materia de contenciones. El método funcional, el método con yesos sucesivos, el método mixto con manipulaciones y férulas tienen, sin embargo, los mismos objetivos fundamentales: operar la menor cantidad posible de pies zambos y, si la cirugía es necesaria, tratar de que sea limitada. En los equipos integrados por kinesiterapeutas especializados, las manipulaciones y las contenciones se consideran desde el nacimiento como una urgencia. En cambio, para la nueva generación de ortopedistas pediatras, confrontada a la conformación de un equipo con profesionales poco experimentados y a la falta de resultados satisfactorios, la tendencia es empujar hacia una vía muerta un método funcional plenamente reconocido pero que consume mucho tiempo para adoptar por completo un método reproducible con más facilidad, menos costoso y ampliamente sometido a consideración de los ortopedistas por Ponseti y sus adeptos: el método mediante yesos sucesivos. En este artículo se intentarán apaciguar los debates, tediosos o apasionados, que subsisten entre los equipos implicados en el tratamiento del pie zambo, demostrando la utilidad de obtener más consenso que desacuerdo en cuanto al uso de todas estas técnicas.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Pie zambo equinovaro; Tratamiento conservador; Movilizaciones; Contenciones; Estudios comparativos; Clasificación; Ponseti

Plan

■ Introducción	2	■ Consenso en el tratamiento conservador	4
■ Reseña fisiopatológica	2	Del diagnóstico prenatal a la consulta ortopédica prenatal	5
Factores extrínsecos	2	Exploración física del recién nacido	5
Factores intrínsecos	2	Clasificación inicial	5
Factores genéticos	3	Etapas principales del tratamiento conservador	5
■ Aspectos anatómicos	3	Reducción de las deformaciones	5
Interrelación calcáneo-astrágalo-cuboides-escafoides	3	Contenciones	8
Constitución del pie en dos columnas	3	Minicirugía	9
Astrágalo: un hueso singular sin fijación tendinosa	3	■ Desacuerdos en el tratamiento conservador	9
Bloqueo de la posición anormal por la retracción de los tejidos blandos	3	Tiempo de movilización. Tipos de contenciones	9
Anomalías vasculares	4	Observancia por parte de las familias	13
Crecimiento restante	4	■ Conclusión	14

■ Introducción

Hipócrates, considerado el padre de la medicina, fue el primero en rebatir las supersticiones y creencias que atribuían la causa de las enfermedades a fuerzas sobrenaturales o divinas. En su tratado *De las articulaciones* señala: «en cualquier luxación, el desplazamiento es más o menos considerable y, por consiguiente, mayor o menor la dificultad de reducción». Agrega «que algunas luxaciones congénitas o de la infancia pueden ser reducidas si el desplazamiento es menor». Esto lo condujo al pie zambo. Lo comparó a una luxación congénita moderada. Expuso en detalle el modo de reducción, «modelar el pie como se modela la cera, lentamente, sin forzar...», fiel a su principio de no actuar de forma brusca con la naturaleza, recomendando «devolver los pies a su dirección natural de forma gradual». Describió la aplicación del vendaje y los cuidados que hay que prodigar cuando el niño comienza a caminar. Pretendía así «que el pie zambo es curable es la mayoría de los casos y que lo mejor era tratar esta lesión lo más precozmente posible, antes de la constitución de una atrofia marcada»^[1].

Sin embargo, dos milenios y medio más tarde, el tratamiento del pie zambo equinovaro sigue siendo controvertido^[2-15]. La rehabilitación del pie zambo equinovaro es diversamente apreciada según las escuelas. Algunos equipos la aplican con obstinación y convicción, otros son realmente escépticos en cuanto a su utilidad y, por último, otros la consideran difícilmente aplicable en la mayoría de los países^[16,17]. No todos los kinesiterapeutas son expertos en la técnica de manipulación del pie zambo neonatal. Hasta hoy, relativamente pocos estudios prospectivos en los que se han comparado de manera imparcial estos distintos métodos han sido capaces de pronunciarse a favor de uno u otro procedimiento. Así, ninguna de estas conductas ha dado pruebas de superioridad. Cada una de ellas produce resultados funcionales absolutamente satisfactorios^[18]. Sea cual sea el protocolo escogido, el tratamiento del pie zambo debe basarse en el análisis de la deformación y en la anatomía funcional del pie. Los tratamientos se inician en los primeros días de vida para aprovechar el mayor grado de reducibilidad del pie.

“ Punto importante

- El diagnóstico es prenatal en alrededor del 70% de los casos.
- Afecta a los varones en el 70% de los casos.
- Casi el 50% de los recién nacidos afectados presenta una forma bilateral.
- La frecuencia del pie zambo es de 1/1.000 nacimientos.
- En 2005, según datos del Institut National de la Statistique et des Études Économiques de Francia obtenidos a comienzos de 2008, en este país había alrededor de 800 niños afectados, a partir de 800.000 nacimientos, lo que representaba un total de 1.200 pies zambos.
- El tratamiento conservador prequirúrgico es ineludible.

■ Reseña fisiopatológica

La patogenia y los mecanismos íntimos del pie zambo equinovaro no se conocen realmente. Sin embargo, la parte inicial del período embrionario brinda una

excelente indicación sobre el miembro inferior. Este período suele caracterizarse por modificaciones de la orientación espacial. A partir de la cuarta semana (aparición de los esbozos de los miembros inferiores), el pie pasa de forma obligatoria por una posición fisiológica en equinovaro, con las superficies plantares enfrentándose a la octava semana para extenderse de forma progresiva y recobrar una posición normal a la 11.ª semana de la vida intrauterina^[19]. El desarrollo incorrecto de este período fija el pie en equinovaro. El pie zambo equinovaro es, por tanto, una posición normal durante el período embrionario y anormal durante el período fetal. Por su multiplicidad, las teorías etiológicas y patogénicas son motivo de numerosos debates. A continuación se describen los diversos factores que podrían explicar esta patología^[7,20-22].

Factores extrínsecos

La compresión intrauterina postural, una teoría muy antigua, era defendida por Hipócrates. Hoy en día, la ecografía prenatal demuestra que un pie zambo ya está constituido a las 16 semanas del desarrollo, aunque todavía no ha sufrido ninguna compresión. Sin embargo, no hay que ignorar las presiones que al final del embarazo acrecientan la deformación y agravan la rigidez de un pie zambo.

Factores intrínsecos

Teoría vascular

Pareciera que la magnitud de la hipoplasia de la arteria tibial anterior y de la arteria pedia correlacionaría con la gravedad de la deformación.

Fibrosis retráctil posteromedial

Grandes cantidades de colágeno harían que los tejidos blandos de esta región se volvieran muy fibrosos. Estos tejidos se retraerían por el aumento de la actividad de los miofibroblastos (asimilable a una enfermedad de Dupuytren).

Asimetría de crecimiento óseo

El peroné crece más rápido que la tibia en torno a la séptima semana del desarrollo. Esto deforma el pie en varo. Después, la tibia recupera su retraso y el pie se corrige. Un proceso patológico en este período podría impedir la corrección del pie y la deformación se volvería permanente.

Teoría malformativa

La deformación del astrágalo impediría que éste se integrase de forma correcta en la pinza bimaleolar. Según Scarpa, la deformación ocasionaría una «subluxación del complejo articular formado por el astrágalo, el calcáneo y el escafoides»^[9].

Teoría neuromuscular con interrupción del desarrollo

Es sostenida, entre otros, por Ponseti. En este caso, un proceso patológico afectaría a la inervación de los músculos. Habría un retraso de la inervación del nervio peroneo común respecto a la del nervio tibial posterior. El resultado sería un defecto temporal de la inervación de los músculos elevadores y eversores (nervio peroneo común). El desequilibrio muscular fijaría el pie en equinovaro y aducción. La gravedad de las retracciones sería producto del grado de retraso de la inervación dependiente del nervio peroneo común comparado con la del nervio tibial^[7,20-22].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2616494>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2616494>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)