



Anomalías congénitas de los pies

A. Badina, R. Vialle

La exploración del pie es una etapa primordial en la valoración de un recién nacido. La mayoría de las anomalías pueden detectarse en la exploración física sin necesidad de pruebas complementarias. En la mayoría de los casos, se trata de «malposiciones» y, por lo tanto, de deformidades posturales, debidas a la posición fetal intrauterina, en su gran mayoría espontáneamente reversibles sin necesidad de tratamiento. Es necesario saber establecer el diagnóstico diferencial con verdaderas anomalías congénitas del pie que requieren un tratamiento especializado. Se debe realizar una exploración ortopédica general ante cualquier recién nacido que presente una anomalía de los pies. La exploración minuciosa de las caderas es indispensable para buscar una luxación congénita o una displasia que estuviera asociada. Se pueden observar algunas anomalías de los pies, presentes desde el nacimiento, en el caso de síndromes malformativos más amplios o de enfermedades neurológicas o musculares. En cualquier caso, es necesaria una intervención precoz, tanto diagnóstica como terapéutica.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Pie; Deformidad; Recién nacido; Malformación

Plan

■ Introducción	1
Elementos de anatomía funcional	1
Movimientos normales de las articulaciones del tobillo y del pie	1
■ Deformidades posturales	2
Pie calcáneo	2
Metatarso aducto (o metatarso varo)	2
Pie equinovaro postural	4
■ Deformidades no posturales	4
Pie zambo equinovaro	4
Pie convexo congénito	5
■ Malformaciones y deformidades de los dedos	5
Polidactilia	5
Sindactilia	6
Quinto varo supraducto (5.º dedo varo)	6
Clinodactilia	6
■ Conclusión	6

■ Introducción

La incidencia de las anomalías del pie al nacimiento está comprendida entre un 1,4 y un 4%^[1,2]. Aunque en la mayoría de los casos se trata de deformidades benignas, con una evolución espontánea favorable, son fuente de mucha inquietud para los padres y muy a menudo originan solicitudes de consulta especializada.

Hay que saber establecer el diagnóstico diferencial entre las deformidades posturales, que por regla general no requieren tratamiento, y las anomalías congénitas del pie, que requerirán un tratamiento ortopédico especializado.

La exploración general detallada es indispensable para establecer la naturaleza benigna o secundaria (en el marco de los diversos síndromes o de algunas afectaciones neurológicas o musculares) de estas malformaciones de los pies.

Elementos de anatomía funcional

El pie presenta tres zonas anatómicas (Fig. 1):

- el retropié, compuesto por el calcáneo y el astrágalo;
- el mediopié, compuesto por el navicular, el cuboides y los tres cuneiformes;
- el antepié, compuesto por los cinco metatarsianos y las falanges.

Movimientos normales de las articulaciones del tobillo y del pie

Los movimientos del pie y del tobillo pueden ser «activos» (realizados espontáneamente o por una orden) o «pasivos» (realizados por otra persona).

Se debe establecer la diferencia entre una «postura» determinada del miembro y una «rigidez».

Se habla de «postura» (por ejemplo, una postura en flexión o en extensión) si en reposo el miembro permanece en esa posición y, cuando se pueden realizar movimientos activos en sentido inverso (espontáneos o provocados), éstos son de menor amplitud. A la movilización pasiva, el explorador observa una amplitud articular normal.

Se habla de «rigidez articular» si existe una limitación de la movilidad activa y pasiva de esta articulación.

Todo lo anterior constituye la principal diferencia clínica entre las deformidades posturales, que son «posturas», en su mayoría reducibles, y las «malformaciones» del pie, que son, la mayoría, deformidades rígidas.

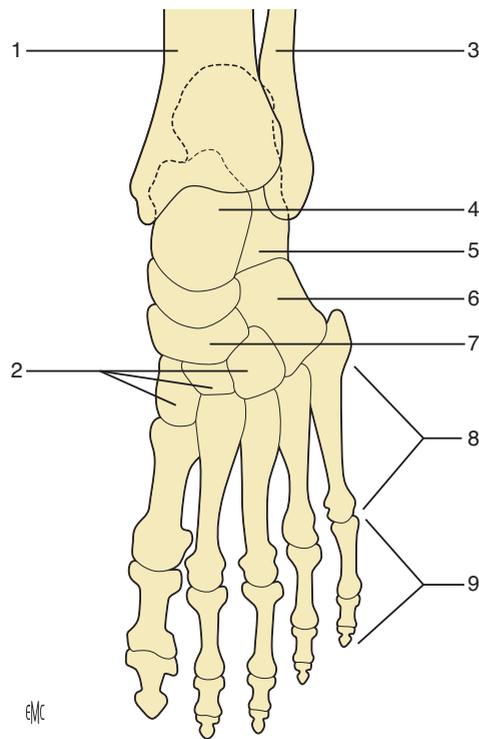


Figura 1. Huesos del pie (visión superior). 1. Tibia; 2. cuneiformes; 3. peroné; 4. astrágalo; 5. calcáneo; 6. cuboides; 7. navicular; 8. metatarsianos; 9. falanges.

La articulación del tobillo permite realizar movimientos de flexión plantar y dorsal (Fig. 2A, B).

Un pie en posición de flexión dorsal recibe el nombre de «pie calcáneo». Un pie en posición de flexión plantar se denomina «pie equino». En ambos casos se puede tratar de una simple postura o de una rigidez.

Los movimientos del pie son complejos:

- en el plano horizontal: el movimiento del antepié hacia el interior define el movimiento de aducción; hacia el exterior: el de abducción (Fig. 2C, D). «Metatarsos aductos» o «metatarsos varos» se refieren a un antepié en aducción;
- en el plano frontal, el pie puede estar en «supinación» (rotación interna) o en «pronación» (rotación externa). En el retropié, la supinación origina un varo del calcáneo y la pronación, un valgo del calcáneo.

Todos estos movimientos se asocian entre sí formando movimientos complejos de inversión y de eversion plantar (Fig. 2E, F).

■ Deformidades posturales

Las deformidades posturales son malposiciones del pie, posturas presentes en el nacimiento, secundarias a una postura viciada en el útero, sin que existan anomalías congénitas subyacentes. Las amplitudes articulares a la movilización pasiva son normales. Las deformidades posturales del pie son muy frecuentes (entre el 2 y el 50%) [2-6].

Pueden asociarse otras anomalías posturales: rigidez en extensión a nivel de la rodilla, pelvis oblicua congénita, tortícolis congénito, plagiocefalia. El 2% de los niños presenta al nacimiento anomalías posturales [3]. Los niños nacidos de nalgas presentan 10 veces más deformidades posturales que los recién nacidos en presentación cefálica [4].

Se observa una asociación significativa entre la luxación de cadera y algunas deformidades posturales del pie (pie calcáneo y metatarsos aductos) [1]. En los dos casos son necesarios una exploración minuciosa de la cadera y un estudio ecográfico [1].

La mayoría de las anomalías posturales presenta una evolución espontánea favorable, sin necesidad de tratamiento [2,5].

Pie calcáneo

Epidemiología

Es una anomalía muy frecuente, ya que la posición habitual del pie en el útero es de flexión dorsal [6]. La afectación es más frecuente en las niñas que en los niños (1/0,6) [5]. En la exploración física, se pueden observar otras anomalías posturales, como un tortícolis congénito [3].

Diagnóstico

El pie se encuentra en flexión dorsal marcada, a menudo con el dorso del pie en contacto con la cara anterior de la pierna (Fig. 3). A la deformidad en calcáneo se puede asociar con frecuencia una deformidad en valgo (el pie está en eversion), llamada en este caso pie «talo valgo» (o calcáneo-valgo). En la mayoría de los casos, a la movilización pasiva se consigue una corrección completa de la postura viciada (Fig. 4). Ante un recién nacido con un pie calcáneo, habrá que descartar una displasia de cadera. La displasia de cadera es una enfermedad frecuente en la población general [5]. Se observa a menudo asociada con el pie calcáneo (el 6,5% de los pies talos presenta una inestabilidad de la cadera [1]). Sigue siendo fundamental la exploración de las caderas para buscar una limitación de la abducción y/o un resalto. En el caso del pie calcáneo, se recomienda realizar una ecografía de forma sistemática al mes de vida o antes si existen signos clínicos [1].

Diagnóstico diferencial

Ante un niño con un pie calcáneo, se debe establecer el diagnóstico diferencial con un pie convexo. El pie convexo es una anomalía muy rara, incluida en ocasiones en el marco de síndromes malformativos o de afectaciones neuromusculares (cf «Pie convexo congénito»). En su conjunto, el pie está rígido. Solo se observa el antepié en talo y el retropié en equino. La radiografía confirma el equino del retropié con una posición vertical, inclinada por delante del astrágalo, mientras que en el medio-pié se observa una luxación dorsal del navicular en relación con la cabeza del astrágalo. En ocasiones, el diagnóstico diferencial entre un pie calcáneo y un pie convexo es difícil de establecer. En el pie calcáneo, el retropié permanece fijo al antepié en flexión dorsal y en flexión plantar, mientras que en el pie convexo existe una desunión del antepié en relación con el retropié que puede detectarse clínicamente y en las radiografías.

Tratamiento

Los padres deben realizar movilizaciones suaves en flexión plantar en relación con la pierna; la deformidad se corrige casi siempre en 3-6 meses [5]. En los casos muy raros en los que tras varios meses de vida los pies siguen presentando un defecto de flexión plantar y una posición en valgo, se puede recomendar un tratamiento con escayolas sucesivas, en ocasiones asociadas a rehabilitación.

Algunos autores describen una posible evolución del pie calcáneo hacia el pie plano del adolescente y del adulto. Un estudio prospectivo [2] no ha detectado ninguna correlación entre ambas anomalías. En este estudio [2], todos los pies talos al nacimiento, en ausencia de tratamiento, revisados a la edad de 16 años, presentaban una morfología perfecta y una marcha normal.

Metatarso aducto (o metatarso varo)

Diagnóstico

Se trata de una anomalía frecuente. El antepié está en aducción en relación con el retropié (Fig. 4). El retropié es normal.

Con frecuencia la deformidad es poco importante y totalmente reducible. En el caso de que la deformidad sea rígida, se observa con frecuencia un pliegue transversal a nivel del borde interno de la planta y, a la movilización pasiva, el pie no puede corregirse hasta la posición neutra.

Tratamiento

Las deformidades moderadas y flexibles evolucionan muy bien sin necesidad de tratamiento [5]. Las deformidades rígidas o parcialmente reducibles se corrigen con facilidad mediante

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465448>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465448>

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