

Pie plano adquirido del adulto

B. de Pablo Márquez^{a,*} y J. Torrent Gómez J^b

^aMédico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Valldoreix. Sant Cugat del Vallés. Barcelona. España.

^bMédico especialista en Traumatología. Hospital Universitari Mutua Terrassa. Terrassa. España.

*Correo electrónico: bernatdepablo@gmail.com

Cuestiones para recordar

- Es una patología frecuente en la población, sobre todo a partir de la cuarta década de la vida.
- Puede ser un hallazgo casual o un motivo de consulta, que puede ir desde molestias ocasionales hasta una importante limitación para la vida diaria.
- Se caracteriza por la pérdida parcial o completa del arco medio longitudinal plantar y la deformidad en valgo del talón.
- Existen múltiples etiologías, que van desde procesos benignos hasta relación con patología sistémica.
- El tratamiento será sintomático y sobre el proceso causal. El tratamiento más habitual es conservador, con plantillas y modificación de hábitos de vida.

Palabras clave: Pulsioximetría • Saturación de oxígeno arterial • Hemoglobina • Errores.

Caso clínico

Presentamos el caso de paciente de 57 años que consultó por dolor en pie izquierdo de años de evolución, que había ido en aumento hasta limitar sus actividades de la vida diaria.

A la exploración física el paciente presentaba pie plano-valgo (figs. 1 y 2) de grado IV en la clasificación de Viladot (fig. 3) del pie izquierdo. Se trataba de un paciente obeso (IMC 33) e hipertenso. Se solicitaron radiografías de pie (fig. 4) que mostraron pie plano en radiografía en carga.

Ante el diagnóstico de pie plano adquirido del adulto (PPAA), se realizó inicialmente tratamiento ortésico con plantillas y pérdida de peso, con poca mejoría. Posteriormente, el paciente fue derivado a traumatología donde se programó cirugía para reducción y artrodesis de la articulación subastragalina y astragaloescafoidea.

Discusión

El PPAA es una patología frecuente en la población, que se desarrolla después de la madurez ósea. Su sintomatología aparece a partir de la cuarta o quinta décadas de la vida (su pico de incidencia máximo es alrededor de los 55 años). El

PPAA puede ser un hallazgo casual o un motivo de consulta, y pueden presentarse desde molestias ocasionales hasta una importante limitación para las actividades de la vida diaria.

El PPAA engloba una gran cantidad de etiologías, entre las que se incluyen procesos benignos, congénitos e incluso secundarios a patología sistémica. Frecuentemente se asocia a obesidad, sexo femenino y pie plano infantil previo.

El PPAA se caracteriza por la pérdida parcial o completa (colapso) del arco medio longitudinal plantar y por la deformidad en valgo del talón que se produce por el deslizamiento hacia abajo, hacia dentro y hacia delante del astrágalo con relación al calcáneo, el cual a su vez tiende a empujar hacia abajo los radios internos del antepié provocando su pronación. El rango de deformidad puede variar enormemente, pero siempre se encuentra la tríada característica de valgo del retropié, aplanamiento del arco plantar y pronación del antepié (como en el caso que presentamos)^{1,2}.

Etiología

Disfunción del tendón tibial posterior

La disfunción del tendón tibial posterior (TTP) es la causa más frecuente de PPAA. El TTP pasa por detrás del maleolo



Figura 1. Pie bilateral en carga. Visión posterior. Pie izquierdo con tobillo valgo y visualización del fenómeno *Too Many Toes* en cara lateral (flecha blanca).



Figura 2. Podoscopia estática, en carga. Visión inferior. Pie izquierdo plano, con pérdida de arco plantar.

tibial y se inserta en forma de abanico en diversos huesos del tarso. Debido a esta situación, es un estabilizador esencial del retropié para evitar el valgo del talón, y contribuye a mantener la región medial del arco longitudinal plantar, evitando la abducción del pie.

El lugar más común de lesión del tendón es en la zona de maléolo medial, donde se ha identificado un área de hipovascularización del tendón que podría explicar su especial vulnerabilidad. Con menor frecuencia el tendón sufre un arrancamiento en la zona de su inserción en el hueso escafoides.

En cuanto a la etiología de la disfunción del TTP, unilateral o bilateral, puede ser una tenosinovitis, una rotura tendinosa parcial o completa, o un arrancamiento de su inserción en el escafoides tarsiano. Generalmente se trata de una lesión crónica, que aparece en individuos de mediana edad o ancianos, y secundaria a un microtraumatismo repetido, que en caso de persistir conduce finalmente a la rotura del tendón. Puede también aparecer en pacientes con reumatismos crónicos, como la artritis reumatoide o las espondiloartropatías, y en individuos jóvenes donde se presenta secundariamente a un microtraumatismo repetido (atletas o gimnastas) o como consecuencia de una lesión traumática aguda.

Por lo que se refiere a la clínica, el inicio es generalmente insidioso, con dolor, de leve a moderado, y tumefacción localizados en la región medial del tobillo. El dolor se agrava con la actividad y mejora con el reposo. Si la inflamación se cronifica, se produce una degeneración tendinosa, y finalmente la rotura del tendón, que comporta una caída progresiva del arco plantar que se instaura en meses o años. El pie puede llegar a ser muy doloroso y destaca la dificultad para conseguir una buena fase de despegue en la marcha. Cuando se produce la rotura del tendón, se presenta una deformidad progresiva del pie, en posición planovalgo (retropié valgo,

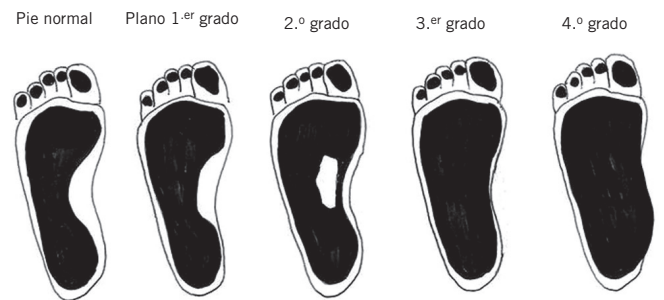


Figura 3. Clasificación de Viladot para la podoscopia en carga.

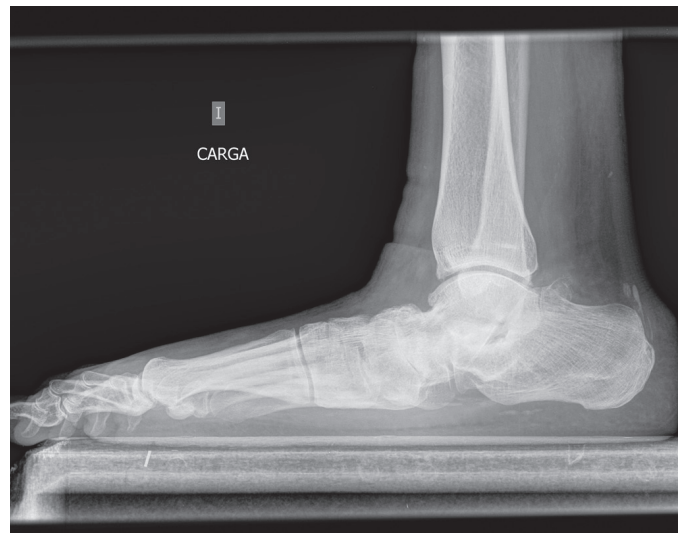


Figura 4. Radiografía de pie en carga. Proyección lateral. Pie plano, con pérdida de arco plantar.

mediopié plano, en abducción y antepié en pronación), así como unos signos de rotura característicos.

Cuando la afectación del tendón progresa, aparecerá subluxación de la articulación astragaloescafoidea y lesión del complejo ligamentoso del pie. Durante la historia natural de la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3470059>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3470059>

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