

TRATAMIENTO "INMEDIATO" DEL PIE EQUINO VARO ADDUCTO CONGENITO

Dr. OTTO BOHNE y Dr. J. C. SALVO LEGARRE

La etiología del pie equino varo adducto congénito (p.e.v.a.c.) no ha sido aclarada todavía. Frente a los autores que lo consideran como una displasia endógena, se encuentran los defensores de la teoría exógena que creen se origina la deformidad durante el período del desarrollo fetal. Seguramente se trata de un complejo causal en el cual entran en consideración trastornos disposicionales e influjos exógenos. En un 10 por 100 de los casos se encuentran antecedentes familiares de otras malformaciones congénitas; coincidiendo todas las estadísticas en un predominio doble del sexo masculino sobre el femenino.

El tratamiento correcto de la deformidad que nos ocupa requiere conocer bien su patogénesis y morfología. Ella resulta de la acción conjunta de varios componentes patológicos: El calcáneo se encuentra dislocado posteriormente hacia arriba y girado hacia adentro, es decir en flexión plantar y supinación. El astrágalo está ligeramente flexionado plantarmente. De ello resulta que los ejes longi-

tudinales de ambos huesos transcurren paralela o casi paralelamente en las dos proyecciones roentgenológicas, dorsoplantar y lateral. Pero donde muestra su dislocación mayor el pie e.v.a.c. es a nivel de la articulación de Chopart. El escafoide se halla dirigido hacia la parte interna del pie articulándose con el lado interno del cuello del astrágalo; el cuboide está supinado y hundido plantarmente. En realidad, esta disposición de los huesos del pie corresponde a la de la luxación subastragalina traumática, en la cual también se originan los tres componentes: adducción, supinación y equinismo.

Junto a estas modificaciones esqueléticas, las partes blandas muestran también anomalías características: los ligamentos articulares están reforzados, especialmente en la parte interna del pie, sobre todo el ligamento deltoideo, cuya rama posterior con frecuencia está muy distendida. También el ligamento peroneo-calcáneo está acortado y engrosado, así como la fascia plantar.

El triceps sural muestra su tendón de Aquiles muy alargado con su inserción en el calcáneo desplazada hacia el lado interno. En el adulto la atrofia funcional de este músculo junto con la retracción proximal del mismo por la supinación del calcáneo, da a la pantorrilla una configuración especial, es la llamada por JOACHIMSTHAL, *Klumpfusswade* (pantorrilla del pie zambo). El acortamiento del músculo tibial posterior (músculo del p.e.v.a.c.) condiciona en parte la supinación y acortamiento de todo el pie. Tampoco debe ser olvidado el acortamiento del músculo flexor del dedo gordo y del flexor común de los dedos. Los músculos peroneos pueden presentar un desarrollo desigual —cuando predomina el componente de la aducción están distendidos e hipertrofiados; en la posición de extremo equinismo obran dichos músculos en el sentido de flexión plantar y pueden por ello encontrarse muy hipertrofiados. Según la opinión de SCHERB, el problema de la génesis del p.e.v.a.c. está en el desarrollo deficiente del m. peroneo lateral corto (m. «peroneus extensorius»): el tendón de dicho músculo no se encuentra insertado como normalmente en la apófisis estiloides del quinto metatarsiano, sino más atrás, en el cuboides, mandando solamente un fino ramal para dicha apófisis. El hecho de la nor-

mal inserción del músculo peroneo lateral corto al final del tratamiento conservador es el resultado de la transformación funcional, un desarrollo óptimo desde el criptotipo a la normalidad fisiológica (*). Por eso es tan importante el lograr por la corrección manual y enyesado por etapas una buena abducción del hemipié anterior.

En el tratamiento del p.e.v.a.c. hay que tener en cuenta que la reposición más cuidadosa de la luxación existente puede ser causa más tarde de una artrosis deformante. Por otra parte el predominio del tejido cartilaginoso de los pequeños huesos tarsianos del recién nacido y aun del lactante explica cómo a veces la mínima corrección terapéutica de la malformación puede producir efectos deformantes. A pesar de todo, a la pregunta de cuándo debe iniciarse el tratamiento sólo existe la respuesta: ¡*inmediatamente!* Esto se comprenderá si consideramos la agravación progresiva de la deformidad por la contractura de las partes blandas, lo cual hará necesario el uso de fuerzas mayores de enderezamiento que de nuevo ocasionarán lesiones de compresión más graves en los elementos condrales del esqueleto pedio.

Inmediatamente después del nacimiento efectuamos ya nosotros maniobras de relajación para empezar, al cabo de una semana, con

* La investigación moderna de la herencia ya no trabaja solamente con las dos categorías de genotipo y fenotipo, sino que ha creado otra tercera, el llamado criptotipo; en él se comprenden todas las disposiciones latentes que sólo esperan determinadas condiciones y estímulos externos para evidenciarse en el transcurso de la vida.

la corrección manual y enyesado por etapas.

Al principio es necesario eliminar antes la adducción y supinación simultáneamente hasta que se pueda corregir el equinismo por completo, pues éste no está solamente condicionado por la existencia de una flexión plantar a nivel de la articulación tibioastragalina (el astrágalo se encuentra sólo en ligera flexión plantar), sino sobre todo también por la luxación sub-

adducción y supinación; sólo entonces descende el calcáneo repentinamente unos 20º a 25º desde la posición equina hacia abajo.

La forma en que ponemos nosotros las manos para la corrección es la siguiente; la mano izquierda abraza el pie izquierdo por su cara interna, aplicando el pulgar debajo del cuboides y apófisis estiloides del quinto metatarsiano que son empujados hacia arriba. De esta forma se trata de pronar y abdu-



Corrección manual del pie equino varo adducto congénito, según SALVO LEGARRE.
Las fotografías corresponden a pies de distinto lado.

astragalina del calcáneo, como se comprueba en la imagen lateral roentgenológica, en la que transcurren los ejes longitudinales del astrágalo y calcáneo paralelamente en vez de formar un ángulo de 35º a 45º como en el pie normal. Pero esta divergencia de los ejes sólo es posible lograrla cuando a su vez divergen también los ejes en la proyección dorsoplantar, es decir, cuando se han eliminado la

cir el pie, para lo cual el pulgar de la mano derecha sirve de punto de apoyo al propio tiempo que dicho dedo presiona la parte lateral de la cabeza del astrágalo, logrando así llevar a su sitio correcto el escafoides situado en el lado interno del cuello del astrágalo. El dedo índice de esta mano se coloca sobre el talón a modo de gancho y tracciona del extremo posterior del calcáneo hacia abajo.

Manteniendo así el pie se realiza un vendaje enyesado ligeramente almohadillado con el fin de lograr un mejor modelamiento. (Empleamos la celona que tarda menos en fraguar y se modela mejor). El yeso llega hasta el muslo, se aplica con la rodilla flexionada y de forma que al tensar la venda se prone el pie, es decir, en dirección del borde interno, pasando por la planta al borde externo.

Al principio se realiza la corrección manual y enyesado cada semana, no preocupándonos del equinismo en estas primeras etapas; más tarde las realizamos con intervalos de 10 a 15 días.

Durante el tiempo que dura el tratamiento efectuamos controles roentgenológicos del pie en las dos proyecciones a intervalos que creemos convenientes.

Si al llegar el niño a los 8 meses de edad no se ha logrado corregir el equinismo, practicamos la elongación del tendón de Aquiles en forma de «Z», dejando sin seccionar la parte externa de su inserción en el calcáneo. Con frecuencia es necesario incindir también la parte posterior de la cápsula calcáneoastragalina para hacer descender el calcáneo, valiéndonos a veces de un gancho con el cual traccionamos distalmente el extremo posterior de dicho hueso.

Terminada la operación aplicamos un vendaje de yeso bien modelado y en ligera hipercorrección que se mantendrá de dos a tres meses, cambiándolo cada 3 semanas.

Una vez llegado a esta fase del tratamiento, es decir, corregidos los tres componentes del p.e.v.a.c., el problema terapéutico del mismo no ha terminado todavía, ya que hemos de conservar la corrección alcanzada con el vendaje de yeso, pues el peligro de la recidiva es grande. Para evitar esto, proseguimos la retención con una férula. La construcción de la misma no es fácil de llevar a cabo, siendo muchas las férulas descritas que no cumplen su cometido satisfactoriamente. Esto se comprende si se tiene en cuenta la dificultad de encontrar puntos de apoyo firmes en el pie y piernecita del niño, el cual, además, se desprende fácilmente de la férula descalzándose, ayudándose con el otro pie, como quien se quita una bota de montar.

En realidad, la mejor férula de retención es el vendaje circular de yeso, y considerando esto, hemos ideado la nuestra, que empleamos hoy con plena satisfacción. Ella consta de dos partes desmontables; la una, la sandalia, se construye sobre un molde de yeso del pie del niño en ligera hipercorrección; es de cuero consistente, cerrada con cordones y en la suela lleva una chapa de duroaluminio con una charnela en la que se introduce la varilla del mismo metal de la otra parte de la férula; ésta consta de un brazaletes de cuero reforzado en su parte externa a la que va unida la varilla de duroaluminio, descrita antes, que se articula con la suela a modo de char-

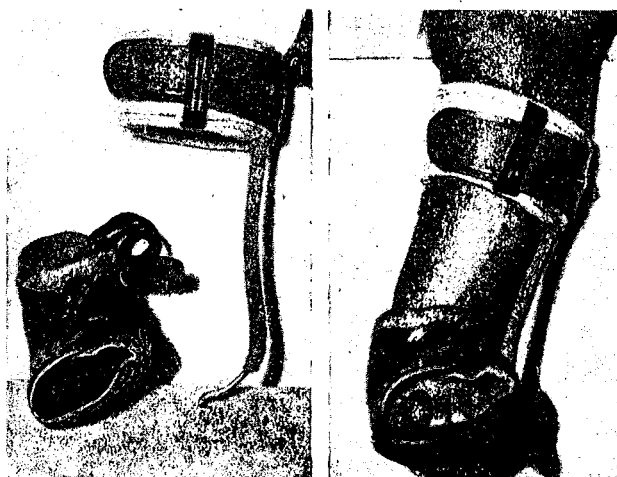
nela. Tanto el brazalete como la varilla metálica van forrados de una tela afelpada. La misión principal de la sandalia es retener la abducción, y la de la varilla, la pronación y flexión dorsal.

Las figuras adjuntas aclaran la descripción que acabamos de exponer.

Los primeros meses, mientras el niño todavía no anda, mantenemos la férula colocada durante todo el

Excepto la elongación del tendón de Aquiles e incisión de la cápsula calcáneoastragalina que, como hemos mencionado anteriormente, la podemos realizar a partir de los 8 meses, las otras operaciones en las partes blandas las realizamos a partir de los 3 años de edad y en las partes óseas desde los 14 años.

El p.e.v.a.c. constituye un problema médico-social, el cual han



Férula de retención para el pie equino varo congénito, según BOHNE.

día, quitándola sólo un par de veces para realizar masaje y ejercicios pasivos. Más tarde, la empleamos sólo por la noche, tanto tiempo como sea necesario, si es preciso, durante años.

A pesar del tratamiento correcto, nos encontramos con un 10 por 100 de pies e.v.a.c. rebeldes y recidivantes que requieren ulteriormente un tratamiento operatorio.

de resolver en estrecha colaboración el médico de cabecera, tocólogo, pediatra y ortopedista. Los primeros con su diagnóstico y oportuno consejo en llevar el niño al especialista, ya que a éste incumbe solamente su tratamiento que, como hemos dicho, debe ser iniciado para su mejor resultado a ser posible desde el primer día del nacimiento.

BIBLIOGRAFIA

BERNBECK, R.: Kinderorthopädie. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, 1954.

BÖSCH, J.: Biologische Grundlagen konservativer Klumpfußbehandlung. Zeitschrift für Orthopädie, 1955.

ERLACHER, Ph.: Lehrbuch der praktischen

Orthopädie. Verlag Wilhelm Mandrich. Wien-Bonn.

FREDENHAGEN: Der Klumpfuß, Vorkommen, Anatomie, Behandlung und Spätergebnisse. Zeitschrift für Orthopädie, 1955.

HOHMANN, G.: Fuß und Bein. München Verlag von J. J. F. Bergmann, 1948.