

Sesión del 7 de junio de 1964 *

ALGUNOS ASPECTOS EN EL TRATAMIENTO DEL PIE VARUS EQUINO CONGÉNITO

DR. A. MARQUÉS-GUBERN

*Servicio de Traumatología, Ortopedia y Cirugía Infantil
del Instituto Corachán*

*Servicio de Malformaciones Congénitas y Ortopedia
del Hospital de Niños*

Director: Dr. L. Gubern-Salisachs

Barcelona

Los pies varus equinos son una variedad del pie zambo que observamos cada día con más frecuencia. En algunos centros de U. S. A., estos pies ocupan el primer lugar en la clasificación que tienen sobre la incidencia de las diferentes malformaciones. Nosotros podríamos afirmar lo mismo. Una gran parte de los niños que observamos diariamente tienen malformaciones en los pies o tienen alteraciones en la deambulación provocadas por estas malformaciones.

Todos sabemos, todos hemos visto y hasta todos ciertamente tenemos la idea de que la mayoría de estos pies varus equinos tienen un buen fin y curan con más o menos paciencia (léase tratamiento quirúrgico-ortopédico). Pero desgraciadamente en algunos casos siempre queda una pequeña secuela y es este defecto, el que nos ha hecho pensar en numerosas ocasiones.

Como ha dicho GUBERN-SALISACHS, los fracasos son el punto de partida de nuestros éxitos y fuente inagotable de enseñanzas. Desde hace tiempo luchamos para corregir estos pequeños, podríamos llamarlos, "fracasos" que son las secuelas que restan en un pie varus equino congénito. Lo hemos escrito entre comillas, ya que nosotros no somos culpables directamente de ello, pero lo que sí podemos afirmar es que estas alteraciones subsisten debido a que el pie varus equino congénito es intensísimo en el momento del nacimiento, a que existen una serie de

* Sesión foránea celebrada en la Sala de Conferencias del Museo de Igualada.

imponderables fuera de nuestro alcance (el enfermo viva lejos de nuestro centro y el traslado sea difícil) y finalmente —por qué no decirlo— terminamos el tratamiento ortopédico antes de lo previsto, algo coacciona-dos por los padres.

En resumen, algunos niños, después de todo el tratamiento orto-pédico-quirúrgico, presentan en la deambulación, un persistente *meta-tarsus aductus* o un varismo del pie, y éste es nuestro caballo de batalla desde hace bastante tiempo.

El pie varus equino se llama congénito, porque se presenta en el momento del nacimiento y no ha sido provocado por los mecanismos del parto. La anatomía funcional del desarrollo patológico intrauterino puede dar lugar a una serie de anomalías posturales. Es evidente la ac-ción nociva de la excesiva presión del líquido amniótico (hidramnios) o de la presión directa de las paredes (oligoamnios).

DENIS BROWNE cree que la posición intrauterina normal del feto consiste en tener las plantas de los pies a presión contra la pared del útero, con las caderas, rodillas y codos flexionados, lo que corresponde a las características de la movilidad que presentan sus articulaciones en el nacimiento. En efecto, el codo, rodillas y caderas se extienden menos en el adulto, y el pie se coloca con facilidad en *talus*, de manera que los dedos pueden fácilmente tocar la parte externa de la pierna. Puede haber una presión mecánica incrementada en el oligoamnios, en cuya circunstancia:

1. El abdomen es menor que en otros embarazos.
2. La madre tiene mayores molestias debido a la falta de protec-

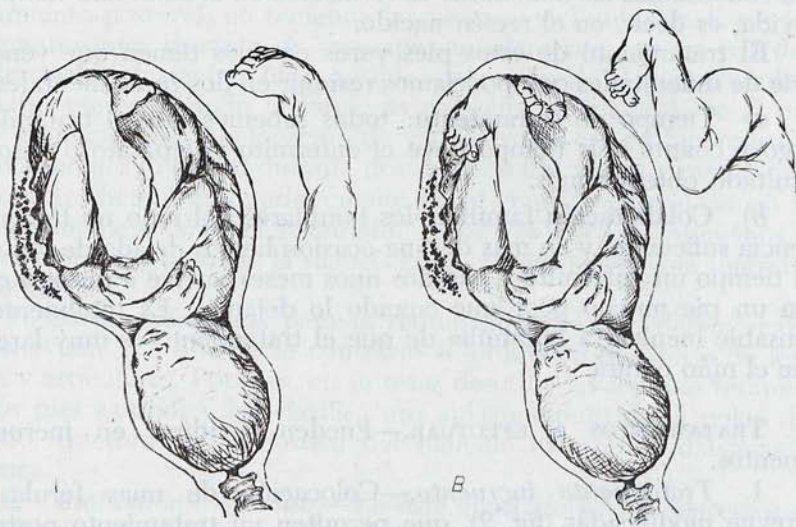


Fig. 1. — A. Posición en el útero que provoca un pie *varus*.
B. Posición en el útero que provoca un pie *talus*.

ción mecánica que representa la escasez del mencionado líquido amniótico y el feto comprime anormalmente, en forma más o menos directa, determinadas zonas de la pared uterina. Como dice DENIS BROWNE, las piernas y los pies del feto están más afectados que los brazos, los cuales quedan más protegidos por la cabeza.

DENIS BROWNE insiste en la acción nociva sobre el feto de una presión hidráulica aumentada (hidramnios) (fig. 1).

A. POLI divide el pie varus equino congénito en dos variedades. Una embriológica en la que existe una tenacidad y resistencia a la corrección verdaderamente notables con alteraciones de número, forma y posición de los huesos. La otra la llama fetal, porque es la consecuencia de una viciosa posición de este pie durante largo tiempo. El tratamiento de éste es más sencillo, ya que con aparatos ortopédicos o vendajes enyesados se consigue modelar el pie hasta su posición normal. Es decir, así como en el primero hay participación ósea, en el segundo sólo existe malformación de partes blandas.

El tratamiento, como resume ESTEVE DE MIGUEL, tiene un sólo objetivo que es el conseguir un pie lo más normal posible anatómica y funcionalmente, para que el paciente use calzado corriente, no tenga dolor ni molestias y la marcha sea permanente. Si este pie no está bien corregido pronto aparecerá dolor, callosidades y un desequilibrio muscular y articular.

Este tratamiento lo iniciamos siguiendo la pauta que nos dan estos magníficos versos alemanes: "el árbol pequeño, es fácil doblarlo, cuando sea leño no podremos lograrlo". Por lo tanto es totalmente fundamental que conozcamos las maniobras de reducción en la edad más temprana de la vida; es decir, en el recién nacido.

El tratamiento de estos pies varus equinos tienen que vencer una serie de dificultades que podríamos resumir en dos fundamentales:

a) Tiempo de tratamiento: todos sabemos que el tratamiento es largo y cuanto más tiempo lleve el enfermito su aparato o yeso, mejor resultado obtendremos.

b) Colaboración familiar: los familiares del niño no tienen la paciencia suficiente, y en más de una ocasión hemos dejado de ver durante un tiempo un enfermito y pasados unos meses vuelve a nuestra consulta con un pie mucho peor que cuando lo dejamos. Es totalmente indispensable inculcar a la familia de que el tratamiento es muy largo, pero que el niño curará.

TRATAMIENTOS A EFECTUAR.—Pueden dividirse en incruentos y cruentos.

1. *Tratamiento incruento.*—Colocación de unas férulas Denis Browne modificadas (fig. 2), que permiten un tratamiento posturo-funcional, una movilidad activa selectiva y actúan favorablemente en la

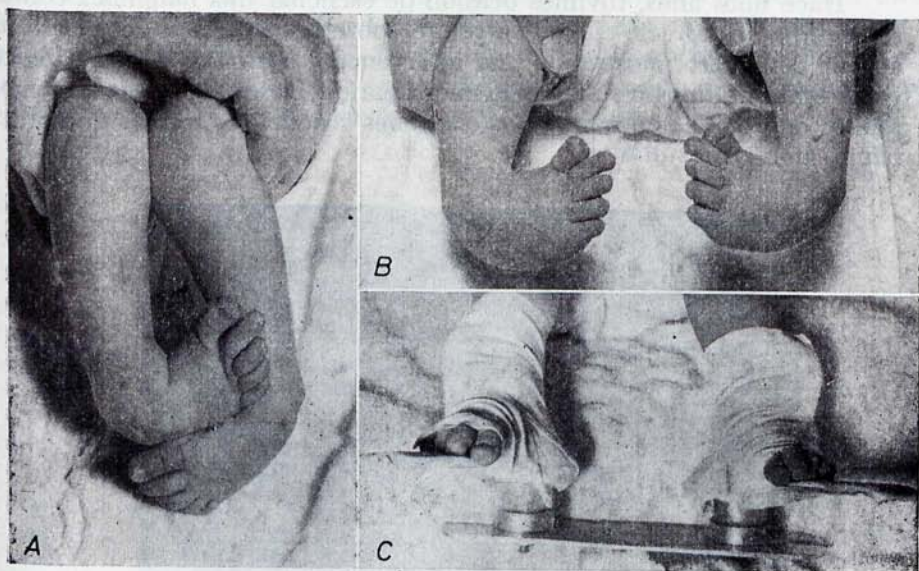


Fig. 2.—A. Probable posición intrauterina de unos pies varus equinos. Hemos comprobado, en algunos casos, la existencia de un oligoamnios. B. Deformidad de los mismos pies, antes de colocar la férula de Denis Browne. C. Reducción conseguida después de la colocación de la mencionada férula que permite cierta movilidad.

anatomía funcional del desarrollo. El vendaje de yeso es solamente un tratamiento postural, no teniendo las ventajas del anterior. Estas férulas las mantenemos durante un mes aproximadamente con un par de días de descanso para evitar toda posible ulceración de la piel. Pasados tres o cuatro meses, cuando la férula es pequeña para adaptarse al pie del niño, comenzamos la colocación de vendajes de yeso en hipercorrección. Estos vendajes lo llevan durante dos meses o dos meses y medio, ya que, como antes hemos apuntado, cuanto más tiempo tengan el pie en hipercorrección mejor será el resultado. Estos yesos los mantenemos hasta que el niño cura o queda la secuela para corregirla con una intervención quirúrgica.

Todas las maniobras para la reducción incruenta deben realizarse con suavidad, ya que de lo contrario se producen una serie de lesiones óseas y articulares. POULAIN, en su tesis, describe las lesiones terapéuticas de los pies zambos y las clasifica en: aplastamiento de la polea del astrágalo, fractura sub-perióstica del maléolo externo, y diástasis tibio-peronea.

2. *Tratamiento cruento.*—En este apartado sólo hablaremos de las intervenciones sobre partes blandas, ya que las realizadas sobre hueso se realizan bastante más tardíamente.

Hace unos años, tuvimos ocasión de escuchar una magnífica conferencia que nos ofreció el Prof. J. JUDET, sobre la corrección del pie varus equino congénito, mostrando una intervención personal, sencilla, lógica y por tanto de unos resultados extraordinarios. Desde entonces la hemos puesto en práctica en numerosas ocasiones y podemos afirmar que obtenemos buenos resultados.

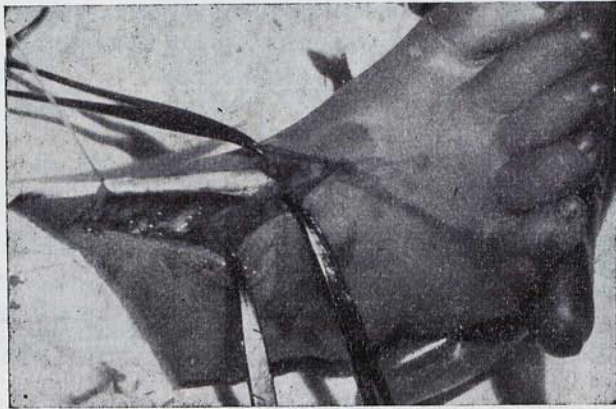


Fig. 3. — Véase el tendón del tibial anterior, totalmente liberado.

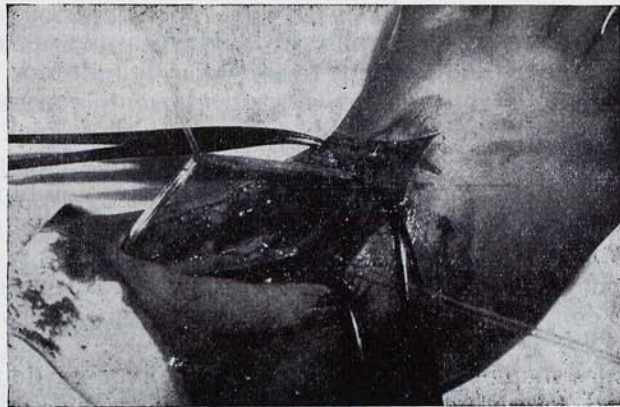


Fig. 4. — Tendón del tibial anterior, desdoblado en dos porciones.

a) Trasplantación de la mitad del tendón del tibial anterior a la base del quinto metatarsiano. Después de hacer una incisión amplia se disea todo el tendón del tibial anterior. A continuación y con un bisturí fino se desdobra el tendón en dos porciones, cuya mitad externa se

inserta en la base del quinto metatarsiano. Nosotros lo hacemos directamente, por lo que el tendón insertado queda muy tirante y por lo mismo la acción es mejor. JUDET une al tendón un injerto libre de piel. Finalmente se coloca un vendaje de yeso abarcando muslo, pierna y pie, colocando éste en abducción y rotación externa algo forzadas (figs. 3, 4 y 5).



Fig. 5. — Porción externa trasplantada a la base del quinto metatarsiano. Véase la extraordinaria tirantez, y, por ende, la acción favorable sobre la deformidad.

Esta es la técnica clásica implantada por JUDET. Nosotros, en la mayoría de los casos, además de todo ello, realizamos un alargamiento del tendón de Aquiles y una abertura de la cápsula de la articulación mediotarsiana.

Estadística (fig. 6). Hemos realizado 42 veces este tipo de intervención con unas curaciones totales del 76'2 por ciento (32 casos). En cinco casos aun no se puede predecir nada, pues están en tratamiento, y en cinco más los resultados han sido malos. Estos últimos especificados son los siguientes:

Dos casos con desinserción del medio tibial trasplantado.

Un edema intenso del pie, por lo que no pudo llevar yeso en hipercorrección.

Un caso afecto de espina bífida. Necrosis de la piel.

Un caso afecto de artrogriposis.

Resumiendo, un 11'8 por ciento de malos resultados.

A continuación exponemos una serie de intervenciones, que no hemos utilizado, pero que JUDET dice que dan buenos resultados para según qué tipo:

PIE VARUS EQUINO. TRANSPLANTACION DEL TENDON MEDIO-TIBIAL AL 5º METATARSIANO. TECNICA DE JUDET.	
=====	
Intervenciones realizadas -----	42 casos
((abertura de la medio-tarsiana y alargamiento del tendon Aquiles))	
En Tratamiento -----	5 casos
MALOS RESULTADOS -----	5 casos
2 desinserciones del tendon transplantado	
1 Intenso edema del pie. Imposibilidad co-	
locacion yeso en hipercorreccion.	
1 Espina bífida. Necrosis de la piel	
1 Artrogriposis	
=====	
CURACIONES -----	76,2 %
MALOS RESULTADOS -----	11,8 %

Fig. 6

b) Trasplantación del extensor del dedo gordo en la diáfisis del quinto metatarsiano, para los casos de *metatarsus adductus* intenso.

c) Trasplantación de la zona externa del tendón de Aquiles a la cara externa del calcáneo, para todos aquellos casos en que existe un varus intenso del calcáneo.

d) Alargamiento y transposición del peroneo lateral corto.

Todas estas intervenciones van seguidas de un vendaje de yeso en hipercorrección.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- DENIS BROWNE: *Congenital deformities of mechanical origin*. Archives of disease in childhood, Vol. 30, 149, 1955, pág. 37.
- GUBERN-SALISACHS, L.: *Malformaciones congénitas y anatomía funcional del desarrollo*. Suplemento Anales Medicina. Vol. III, n.º 1, 1964, pág. 143.
- POLI, A.: *Deformidades congénitas de interés ortopédico*. Symposium sobre Cirugía del Lactante. Milán, marzo 1960.
- ESTEVE DE MIGUEL, R.: Revista de Ortopedia y Traumatología. Vol. 4. 1960.
- POULAIN.: Citado por J. JUDET y colaboradores.
- JUDET, J., R. JUDET et RAYNAL: *Traitement du pied bot varus equin congenital chez l'enfant de 2 ans a 5 ans*. Memorias de l'Academie de Chirurgie. Tomo 86, 1960, pág. 228-235.