

CLINICA DEL PIE VALGO

*MARCELINO REYES, Jesús

RESUMEN:

Genericamente reconocemos al pie valgo, por las características siguientes: (Fig. 1)

- desviación de la línea de Helbing (retropié)
- aplanamiento de la bóveda longitudinal interna
- pronación de antepié.
- aspecto de pie plano.

Pero no podemos contentarnos con estas cuatro reglas, y por lo tanto hemos de pormenorizar y clasificar en función de los diferentes elementos que intervienen en la morfogenética de pie. Con lo cual también tendremos una visión mas amplia a la hora de poder aplicar un tratamiento mas o menos agresivo (y con ello me refiero siempre a tratamientos paliativos), pudiendo emplear plantillas ortopodológicas mas correctivas o bien el empleo de cuñas compensatorias de la simetría del plano de apoyo.

Se clasifican y se tratan de analizar cada circunstancia que influyen directa o indirectamente en la creación de un retropié valgo.

PALABRA CLAVE.

Valgo. (Valgus)¹. Hallux Valgus., Genu Valgus., Coxa Valga., Retropié Valgo.

ABSTRACT

Generically we identify flatfoot by the following characteristics:

- Helbing's line deviation
- Lowered medial longitudinal arch
- Forefoot pronation
- Pes planus aspect

but we go further and classify the different elements that take part in the morphogenetics of the foot. This will give us a wider vision to be able to apply a more or less aggressive treatment.

KEY WORDS

VALGUS. HALLUX VALGUS, GENU VALGUM, COXA VALGA, VALGUS REARFOOT.



Fig. 1

JUSTIFICACION DEL TEMA TRATADO.

Resulta realmente curioso que una patología tan usual del pie, compañero inseparable de la niñez, amigo de la adolescencia y efecto secundario del adulto, siga siendo una asignatura pendiente difícil de solucionar, teniendo en cuenta que también ha sido y es, el saco donde van a parar de forma genérica cualquier alteración que real o virtualmente desvie el eje del retropié hacia adentro. La experiencia es la que verdaderamente, de una forma simple te hace captar los matices que cada pie presenta reconociendo que existen variaciones substanciales a la hora de movilizar, y/o apoyar y que no todos responden a los mismos patrones de valgo.

MATERIAL Y METODOLOGIA.

El pie valgo como hemos comentado anteriormente se relaciona íntimamente con la edad, por tanto un porcentaje muy elevado de niños (un 62%) comprendidos entre los 2 años y los 12 presentan esta anomalía, o bien de una forma pura, o bien como consecuencia de otra patología que hace que el pie se vuelque hacia adentro, como sucede en un Genu Valgus.

Tras la observación de un periodo de tiempo, comprendido por 12 meses, y estudiados 580, niños/as, con un seguimiento de 2 veces durante el año transcurrido, debida-

*PODOLOGO.- Conferencia presentada al XXVIII Congreso Nacional de Podología (Oviedo, 1997).
CORRESPONDENCIA: C/ Major, 43 - 2º - 25007 LLEIDA.

¹ Dicese del desplazamiento o angulación hacia afuera de la línea medial del organismo.

mente cuantificados y medidos mediante el goniómetro y reglilla de Martin, en la misma postura tanto en bipedestación estática como en dinámica.

Existen retropies, que con la correspondiente corrección ortótica, mejoraban su aspecto y su posicionamiento, otros mantenían su actitud, y otros su inapelable estructura morfogenética.

PIE VALGO POR ALTERACION DE LA ESTRUCTURAS BLANDAS. (Fig. 2)

Nos estamos refiriendo al pie valgo laxo y cuya morfología nos presenta el típico pie "blando" con un tacto característico pudiendo apreciar, la planta del pie arrugada, si presionamos los arcos longitudinales en forma de pinza con nuestros dedos.

a).- Sedestación.- Sin carga el aspecto es, el de un pie normal, con una gran motilidad, pero con una atonía manifiesta, tanto, en su musculatura intrínseca, como a nivel de los tensores que han de mantener el equilibrio estático bipodal.

b).- Bipedestación.- Se observa un derrumbamiento de todo el primer radiosegmento, una hiperextensión del primer dedo y una aducción del mismo.- (como elemento de apoyo en ausencia de la actividad normal de la musculatura supinadora.), discreta subluxación de la articulación astrágalo-escafoidea, alargamiento del ligamento calcáneo-escafoideo y una desviación del eje posterior del talón, rompiéndose la simetría del ángulo recto formado por el plano del suelo y el Tendón de Aquiles.

e).- Deambulación.- Toda la clínica anteriormente mencionada se manifiesta corregida y aumentada en la fase unipodal pudiéndose por añadidura complicar con la aparición de un Genu Valgo al romperse el equilibrio del binomio acción-reacción durante la fase de apoyo de talón donde la alteración vectorial se manifiesta coadyudante a la atonía músculo-ligamentosa creándose el inicio de un círculo vicioso a veces de difícil solución

PIE VALGO POR ALTERACION DEL SISTEMA CALCA-NEO-AQUILEOPLANTAR. (Fig. 3)

La musculatura corta plantar juega un papel importante en el mantenimiento de la bóveda plantar actuando como tensor entre los dos pilares, anterior. (metatarsianos) y posterior (calcáneo) así como la tensión de los ligamentos. Si existe un relajamiento en dicha musculatura la estructura tiende a derrumbarse en sentido vertical, literalmente podríamos decir que se hunde, pero si también existe un estiramiento del ligamento glenoideo entonces la articulación astrágalo-escafoidea se desequilibra aduciendo el astrágalo y que al caer subluxa al escafoides.

El calcáneo se lateraliza creándose por la teoría de la cuerda de arco un acortamiento del Tendón de Aquiles, el cual tira hacia arriba (no olvidemos que se trata del brazo de potencia de la palanca) por fuera de su ángulo de giro aumentando de esa manera la patología valguizante .

De hecho es perfectamente comprobable en el momento que queremos hacer una dorsiflexión del pie, el Tendón no deja hacer la flexión completa si no hay aducción del astrágalo, pero si anulamos al Triceps flexionando la



Fig. 2

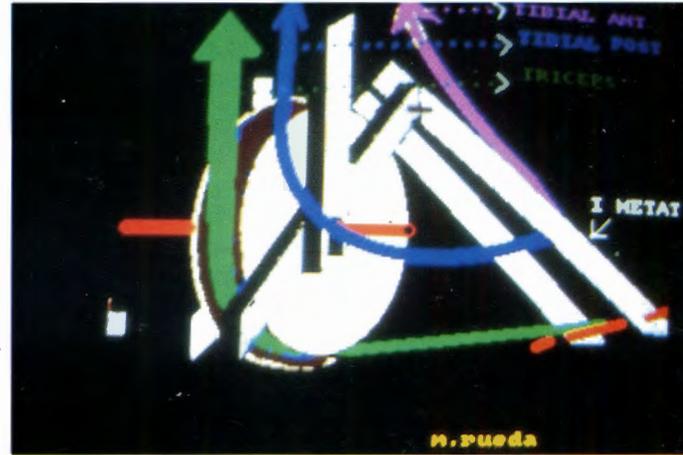


Fig. 3

pierna, observamos que la flexión se realiza completamente sin que se subluxa la astrágalo-escafoidea.

PIE VALGO POR BREVEDAD DEL PRIMER RADIO. (Fig. 4)

La longitud de los metatarsianos tiene su sentido, no son como son por capricho sino que están diseñados para que el rodamiento de las presiones en el momento del despegue del suelo del pie sean debidamente orientadas desde el mas corto y cercano al suelo o sea el quinto hasta el mas musculado y grueso, el primero, pasando de forma automática en sentido de un arco de circunferencia por los demas.

El primer metatarsiano aparte de poseer una anatomía mas especial por su presumible acción impulsora se adjudica todo un rodete sesamo-gleoideo, el cual le permite en el momento de la impulsión, una gran estabilidad por la colocación de los dos sesamoideos a ambos lados de la cabeza, lo que le da además mayor longitud.

En una radiografía dorso plantar estamos acostumbrados a ver como el primer radiosegmento es discretamente más corto que el segundo, esta diferencia es recuperada en el momento de la dorsiflexión de meta-dedo por la transposición en sentido apical de los sesamoideos, formando así una verdadera palanca impulsora con la ayuda

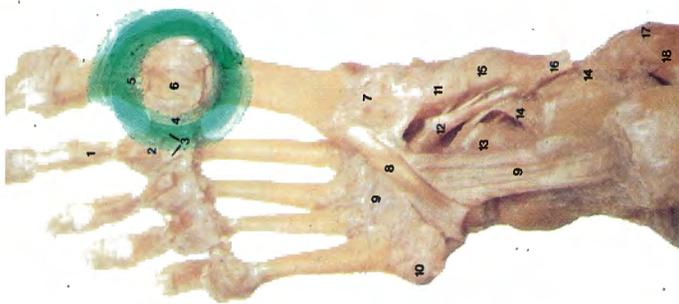


Fig. 4

no menos importante del metatarsiano más fijo del pie, el segundo, a modo de bastón.

Pero el acortamiento puede ser mayor de lo que los sesamoideos puede compensar, entonces estamos hablando de una insuficiencia del primer metatarsiano, capaz de crearnos una patología dinámica, ya que la dualidad se ve sensiblemente distorsionada recayendo sobre el segundo más presión y por tanto sobrecargándolo y obligando al primero el acercarse al suelo más de lo previsto lateralizando al pie y por tanto arrastrándolo hacia el valgo.

PIE VALGO POR DEBILIDAD O PARALISIS DEL TIBIAL POSTERIOR. (Fig. 5)

De los tres músculos retromaleolares el Tibial Posterior el más potente y el más importante y se fija en el tubérculo del Escafoides, cruza la tibio-tarsiana, la subastragalina y la mediotarsiana, y actúa de manera simultánea sobre las tres articulaciones.

Tiene una gran acción aductora al atraer al escafoides hacia adentro, siendo antagonista directo del peroneo lateral corto.

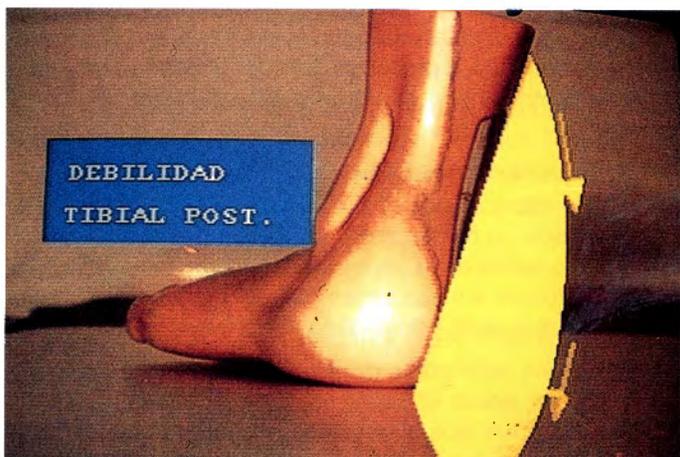


Fig. 5

Por mediación de sus expansiones plantares, es también supinador, por tanto desempeña un papel esencial en el sostén de la bóveda plantar y también en su orientación.

Es también extensor de la tibiotarsina y mediotarsiana por descenso del escafoides.

Si las expansiones plantares están alteradas bien por una ausencia congénita, o por una parálisis así como por una debilidad, podemos achacarle el determinismo del pie valgo.

PIE VALGO POR ALTERACION OSTEO-ARTICULAR. (Fig. 6)

Todos conocemos las movilizaciones del pie y de hecho en toda exploración que realizamos comprobamos que las diferentes articulaciones o mejor dicho las piezas que en conjunto constituyen los grupos articulares tengan su movilidad normal, porque de no ser así habrá una respuesta alterada en el momento de la estática y más aún en la dinámica.

La prono supinación, nos viene dada desde Chopart, decimos que sobre un eje longitudinal, el pie ha de tener la capacidad de mirarse las plantas entre sí y de alejarlas, este movimiento permite una perfecta adaptación a cualquier terreno que podamos pisar, aun con independencia del retropie y antepie ya que pueden actuar en forma de hélice o sea, el talón puede estar en varo y el antepie compensar en valgo y/o viceversa, por tanto la comprobación de la perfecta movilización siempre la hemos de hacer sujetando el retropie y pro-supinando el antepie.

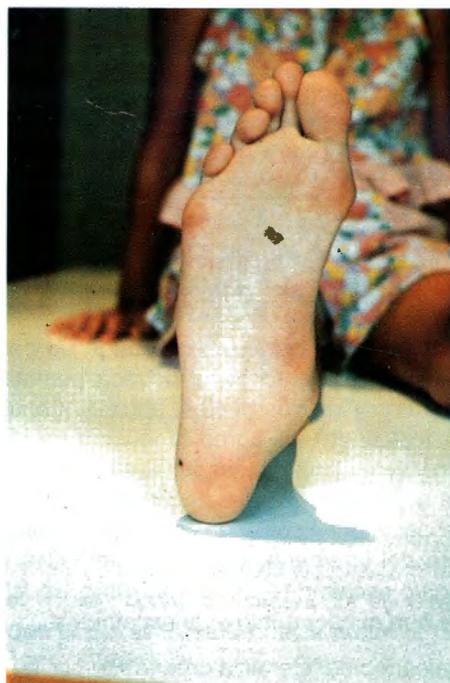


Fig. 6

Por un bloqueo a nivel de Chopart, existen muchos pies que supinan normal, pero la pronación no existe o está muy disminuida, estamos hablando del antepie supinado el cual nos ha dado muchos de los fracasos en el tratamiento

del pie valgo, porque su morfogenética es imposible de modificar ya que constitucionalmente es así y por mucha corrección que hayamos querido aplicar en la plantilla y por mucho tiempo que lo hayamos tratado.

Un buen número de pies diagnosticados como pie plano valgo, pertenecen en realidad a la familia de antepié supinado, con unas connotaciones muy especiales.

Su aspecto en sedestación denota ya una franca actitud de supinación, no respondiendo a la pronación cuando lo movilizas, si finges crear un plano de apoyo es evidente el acercamiento del quinto meta al plano cuando el primero esta todavía en el aire solo manteniendo una presión constante sobre el quinto meta no se consigue bajar al primer meta hasta contactar con el plano, pero a costa de una pronación forzada con subluxación de la articulación astrágalo escafoidea y un valgo del retropié.

Además y probablemente no es fruto de la casualidad, el Tendón del músculo Tibial Posterior, se haya subluxado de su corredera habitual y se coloca por encima del maleolo tibial, en ese momento se ve modificado substancialmente la acción del músculo ya que pasa de ser un aductor-supinados y a la vez un elevador.

En dinámica, la fase de apoyo de talón es normal (aborda el suelo por la parte externa) pero valgiza en el siguiente estadio, con el consiguiente derrumbamiento de la bóveda plantar interna hasta conseguir conectar la cabeza del primer meta con el suelo.

Es bastante frecuente observar en estos pies un aumento del ángulo de Fick, o sea una marcha en abducción, lo cual tampoco es fruto de la casualidad ya que abduciendo, el momento de traslación de la carga del quinto al primero lo ejecuta modificando el concepto palanca por el concepto rodillo.

PIE VALGO COMPENSATORIO. (Fig. 7)

Cuando hablamos de equilibrio nos estamos refiriendo al estadio de un cuerpo cuando determinadas fuerzas que convergen en el se compensan destruyéndose mutuamente, o sea, a una determinada acción la contrarresta otra determinada reacción en el mismo sentido, sino fuera así se crearían pares de fuerzas con una descomposición vectorial determinada en el espacio.

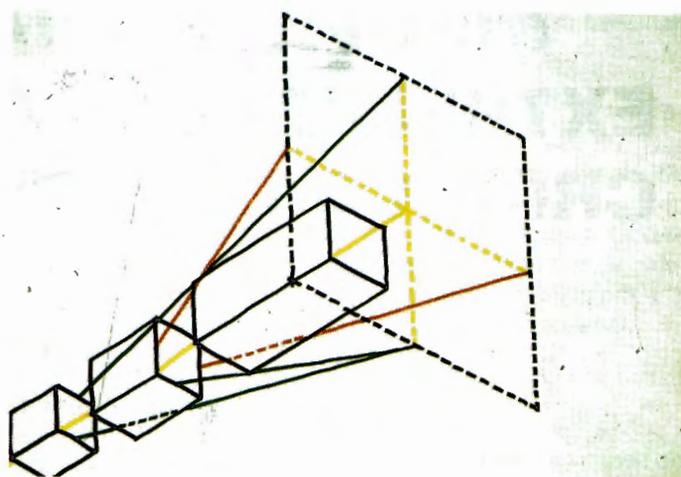


Fig. 7

La extremidad inferior esta constituida por diferentes segmentos los cuales están sometidos a determinadas reacciones, cada vez que el individuo se pone de pie y camina, si esta columna polisegmentada está recta, el principio de equilibrio se cumple, pero si existe alguna desviación de algún elemento urge una reorganización compensatoria complementaria.

Acostumbramos a ver pies valgus en un individuo con unas tibias varas, y también en un Genu Varo, de la misma manera que compensa una antetorsión femoral con el aumento de la torsión tibial externa.

CONCLUSIONES.

El pie valgo es una patología bastante frecuente y además se puede asociar a un sinfin de alteraciones del pie y de la pierna es, compañero inseparable de la infancia y a veces quizás no se le presta la atención debida o al menos la que se merece, siendo en la época más madura de nuestra vida el responsable de innumerables complicaciones articulares, sinovitis, ect, in situ y a distancia.

Por tanto prestemos atención al pie valgo diferenciado y tratemoslo en su justa medida, teniendo en cuenta que unos podrán ser equilibrados para siempre y otros solamente compensados.

BIBLIOGRAFIA

- HAUSER, E, D, W., Cirujano Ortopédico del Passavant Memorial Hospital de Chicago USA. *Enfermedades del pie.* (1953)
- WILLIAN, G. HAMILTON. MD. Cirujano Ortopédico del New York City Ballet. Clinical Symposia. *Anatomía quirúrgica del pie y del tobillo.*
- PROF. DR. RAMON ARANDES ADAN. Catedrático de patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Barcelona.
- DR. ANTONIO VILADOT PÉRICE., Jefe de la Sección de Cirugía de la clínica Quirúrgica de le Facultad de Medicina de Barcelona. *Clínica y tratamiento de las Enfermedades del pie.*
- Y. A. KAPANDJI. Ancien Chef de Clinique Chirurgicale. Assistant des Hospitiaux de Paris. *Cuadernos de Fisiología Articular. Miembro Inferior.* Cuarta Edición 2º R (1993)
- BLANDINE CALAIS GERMAIN. Fisioterapeuta y Profesora de danza de Paris. *Anatomía para el Movimiento.* Tomo 1, 2ª Edición (1995)