

PIE PLANO ASTRÁGALO VERTICAL ASOCIADO A SINOVITIS. FASES DE TRATAMIENTO.

Elena de Planell Mas¹, Eivira Bonilla Toyos².

1. Podóloga. Profesora Asociada E.Podología. U.B
2. Podóloga. Master Podología Quirúrgica

CORRESPONDENCIA

Elena de Planell Mas.
Ensenyaments de Podologia.
Pavelló de Govern
1ª pl. c/ Feixa Llarga s/n.
08907 L'Hospitalet
elenaplanell@ub.edu

RESUMEN

El pie plano astrágalo vertical congénito es una deformidad poco frecuente que se puede encontrar de forma aislada, dentro de un cuadro polimalformativo o en relación con afectaciones neurológicas. Se caracteriza por una luxación del escafoides por encima del astrágalo, lo que provoca un pie rígido o de difícil manipulación.

En este artículo los autores describen un caso clínico de un paciente que acude a consulta por presentar una inflamación dolorosa en la zona de la cabeza del astrágalo del pie derecho. Una vez realizado todo el protocolo exploratorio, se plantea la resolución mediante un plan de tratamiento en dos fases: una primera fase consistente en la realización de paracentesis evacuadora o terapéutica-curativa; y una segunda fase en la que se diseña tratamiento ortopodológico de descarga.

PALABRAS CLAVES

Astrágalo Vertical. Sinovitis. Paracentesis. Tratamiento Ortopodológico.

ABSTRACT

Congenital convex pes valgus is unusual deformity that it can find alone, forming a part of polymalformation or that concerns neurologic diseases. It is distinguished by navicular dislocation over talus so it promotes a rigid foot or difficulty to examination it.

The authors describe a clinic report: Patient presents a painful inflammation in head of talus of his right foot. After exploration, the resolution is proposed through treatment planning divided in two phases: First, making an evacuation or therapeutics-healing paracentesis and then planning an orthotic off-loading treatment.

KEY WORDS

Vertical talus. Synovitis. Paracentesis. Orthotic treatment

INTRODUCCIÓN

El pie plano astrágalo vertical congénito, también denominado "pie plano convexo congénito", "pie en secante" o "pie en mecedora" (1), resulta poco frecuente, puede encontrarse de manera aislada o formando parte de un cuadro polimalformativo (2) o en relación con afecciones neurológicas. La luxación del escafoi-

des define este tipo de pie plano (3). El pie plano astrágalo vertical presenta el escafoides luxado por encima del astrágalo y es un pie rígido o de difícil manipulación (4). Su patogenia es muy discutida (5), siendo la más probable que se trate de una detención del desarrollo embrionario (3), si bien actualmente ha sido propuesto un sistema de clasificación que divide a los pacientes en 3 grupos: idiopático, genético y neuromuscular (6). La deformidad puede ser bilateral, pero es más accentuada de un lado (5).

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 83 años de edad, que como antecedentes médicos presenta HTA y haber sufrido un accidente cerebro vascular isquémico. También fue intervenido para implantarle un marcapasos. Actualmente, toma medicación hipolipemiente, diurética, antihipertensivas, antiinflamatoria y protector gástrico.

A nivel podológico presenta pie plano astrágalo vertical bilateral (Fig. 1) siendo el motivo de la consulta inicial la inflamación dolorosa de la zona de la cabeza del astrágalo del pie derecho (Fig. 2).



Fig. 1.



Fig. 2.

El paciente llevaba tratamiento ortopodológico con el cual relata "no notar mejora en el apoyo" y calzado a medida, además de utilizar una ayuda externa (bastón) para mantener la estabilidad a la hora de deambular.

EXPLORACIÓN

El paciente presenta dolor a la palpación de la cabeza del astrágalo del pie derecho, donde puede apreciarse la inflamación producida por la presencia de contenido líquido en la zona. Tras la exploración se evalúa la rigidez generalizada de ambos pies y el acortamiento de la musculatura posterior. Las placas radio-

gráficas (Fig. 3 y 4) muestran la dorsiflexión del antepié sobre retropie que genera la deformidad del mediopie. La marcha que se observa es apropulsiva.



Fig. 3.



Fig. 4.

DIAGNÓSTICO

Sinovitis de la articulación astragalocalcaneoescafoidea.

Pie plano astrágalo vertical.

TRATAMIENTO

Se instaura plan de tratamiento en dos fases:

1. Paracentesis evacuadora o terapéutica-curativa.
2. Confección de nuevo tratamiento ortopodológico de descarga.

Primera fase

Tras explicarle la técnica al paciente, se desinfecta la zona de punción con Clorhexidina. Se realiza ligera

presión para provocar la traslación del contenido líquido en sentido plantar, seguidamente se procede a la punción de la zona en un punto que no sea de apoyo y mediante gradiente de presión pueda evacuarse el contenido (Fig. 5). En la imagen puede apreciarse, inicialmente, la apariencia del líquido (amarillo), siendo ligeramente viscoso y sin apreciarse la formación de coágulos. Posteriormente, se realiza la conexión a una jeringa y mediante aspiración lenta se prosigue a la aspiración, observándose finalmente la presencia de contenido hemático (Fig. 6). La evacuación final fue de 13ml y el contenido fue remitido para su valoración macroscópica, microbiológica y de laboratorio. Posteriormente, se infiltraron 2ml de betametasona (Celestone Cronodose®). El resultado de laboratorio obtenido no refirió ningún dato patológico.

utiliza material termoformable mixto (Tri-densité 8,5mm) y material termoformables del grupo de las espumas de polietileno (Rovalfoam rígido 5mm) para los elementos de contención. Se adaptan los soportes al calzado (Fig. 8) y se cita al paciente para el control posterior.

El paciente acude a la semana relatando mejoría en el apoyo y se aprecia que la zona del astrágalo del pie derecho no presenta inflamación ni enrojecimiento. Se procede a realizar mejora de la contención de los soportes (Fig. 9-10).

Finalmente, se cita al paciente para controles anuales.



Fig. 5.



Fig. 6.

Segunda fase

La evolución del paciente a la semana es evidente. No se observa inflamación de la zona y el dolor ha desaparecido. Se evalúa nuevamente el apoyo del paciente (Fig. 7) y se realizan moldes de yeso en sedestación para la posterior confección de soportes plantares de descarga. Para la confección de los mismos se



Fig. 7.



Fig. 8.

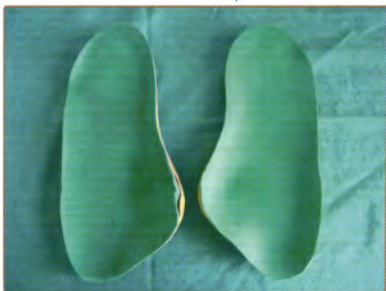


Fig. 9.



Fig. 10.

DISCUSIÓN

El astrágalo vertical congénito fue descrito por primera vez en el año 1914 por Henken, (7) y es una patología poco frecuente. Las condiciones indispensables para el diagnóstico de esta enfermedad son la rigidez que determina su irreducibilidad ante manipulaciones de todo tipo, y la persistencia de la luxación astrágaloescafoidea en la radiografía de perfil del tobillo en máxima flexión plantar, descrita primeramente por Eyre-Brook (8) y ratificada luego por muchos otros autores (9, 10).

La incidencia del astrágalo vertical congénito no ha sido bien precisada. Hay estudios que muestran una incidencia de 1 por cada 121 pies varos equinos supinados. Marcinko (11) estimó la frecuencia entre 0,76 y 1 sobre 131 malformaciones del pie.

Afecta con más frecuencia a los varones que a hembras, y en el 71% de los casos, es bilateral (12).

La gran mayoría de los autores concuerdan en que en casi la mitad de los casos, el astrágalo vertical congénito corresponde al grupo idiopático (12,13). En el 50% de estos casos, los familiares directos padecen deformidades del pie. Se deduce, entonces, que los factores genéticos pueden jugar un importante papel en la etiología de la malformación.

Si bien se puede aceptar universalmente que el único tratamiento definitivo es el quirúrgico (14), existen otros procedimientos conservadores que aunque no consiguen reducir la deformidad, pueden mejorar sustancialmente la calidad de vida de estos pacientes en la edad adulta.

En el caso clínico expuesto presenta un pie plano astrágalo vertical asociado a una sinovitis. La opción del tratamiento expuesta (paracentesis y tratamiento ortopodológico de descarga) es la de elección en este caso, debido a la edad avanzada del paciente y a mostrarse reacio ante la posibilidad de ser derivado para valorar una triple artrodesis, como ya le había sido propuesto en diversas ocasiones.

Para concluir, se considera que con las fases de tratamiento diseñadas para este paciente, se ha conseguido primeramente la eliminación del dolor y posteriormente una mejoría notable en el apoyo, y por tanto se ha logrado favorecer la calidad de vida de este paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Hetherington V.J. Principles and practice of podiatric medicine. 2nd ed. Maryland. Data Trace Publishing Company; 2006; 44-2 - 44-4.
- Markas H, et al. Vertical talus in a child with chromosomal anomaly. Acta Orthopaedica et Traumatologia hellenica. [en línea]: http://www.acto-ortho.gr/v50i4_5.html [Consulta: mayo 2008]
- Cáceres E, et al. Manual Secot de cirugía ortopédica y traumatología. Madrid. Médica Panamericana; 2003; 670-671.
- Núñez M, Ulanos LF. Biomecánica, medicina y cirugía del pie. Barcelona. Masson S.A.; 1997; 184-185.
- Lelievre J, Lelievre JE. Patología del pie. 4ª ed. Barcelona. Masson S.A.; 1987; 199-201.
- Thomson JD. Congenital vertical talus. [en línea]: <http://www.emedicine.com/Orthoped/topic478.htm> [Consulta: mayo 2008]
- Henken, R. Contribution à l'étude des déformations osseuses du pied plat valgus congénital. Thèse de Lyon; 1914.
- Eyre-Brook, AL. Congenital vertical talus. J Bone Jt Surg 1987; 49: 618-627
- Bodelet, O; Rigault, P; Poulinqueux, JC; Padovani, JP; y Guyonvarch, J. Congenital convex clubfoot: a diagnostic and therapeutic study of 71 cases. Int Orthop, 1984; 8: 211-221
- De Rosa, GP, y Ahlfeld, SK. Congenital vertical talus: the Riley experience. Foot Ankle 1984; 5: 118-124
- Marcinko, DE; Azzolini, TJ, y Marikash, SA. Enigma of pediatric vertical talus deformity. J Foot Surg 1990; 29: 452-458
- Vallejos Meana, N. Astrágalo vertical paraltico. Cir Pierna Tobillo Pie 1997; 1: 107-110
- Dodge, LD; Ashley, RK, y Gilbert, RJ. Treatment of the congenital vertical talus: a retrospective review of 36 feet with long follow-up. Foot Ankle 1987; 7: 326-332
- Kodros, SA, y Diaz, LS. Single-stage surgical correction of congenital vertical talus. J Pediatr Orthop 1999;19: 42-48

AGRADECIMIENTOS

Enrique Giralt de Veciano y Carlos Vergés Solo, profesores titulares de E. Podología de la U.B., por su colaboración desinteresada.