

XXIV CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA



3 y 4 febrero 2023

Rehabilitación y Traumatología Pediátrica



¿Mi hijo no necesitará plantillas? Cuándo y cómo derivar.



Dr. Juan Pedro García Paños

Unidad Pie y Tobillo

Unidad de Ortopedia Infantil

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

HLA La Vega

AREA DE SALUD 1
MURCIA-OESTE

Arrixaca



Deformidades dedos menores

Hallux valgus juvenil

Hallux varus

Metatarso adductus

Deformidades congénitas antepié

Pie zambo

Astrágalo vertical

Pie plano

Pie cavo

Pie equino

Pie talo

Pie equino

Marcha en estepaje

Ausencia o acortamiento de 1er rocker talón

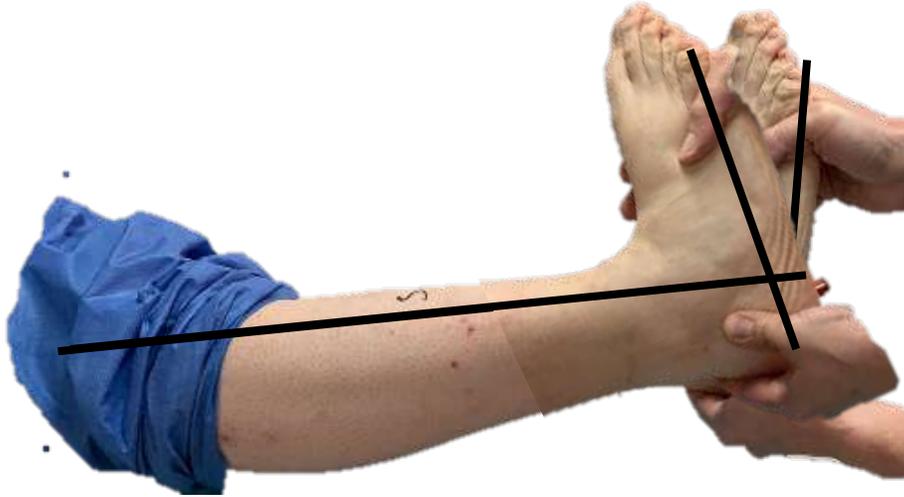
Metatarsalgia

Frecuente:

- *Idiopático*
- *PCI (espasticidad)*
- *TEA (estereotipia?)*
- *Duchene y otras*
- *Como componente de otras deformidades (PEVA...)*



Pie equino



Explorar siempre con pie en supinación

Si con rodilla extendida , tobillo pasa en FD > 90° → No equino

TEST SILFVERSKJOLD

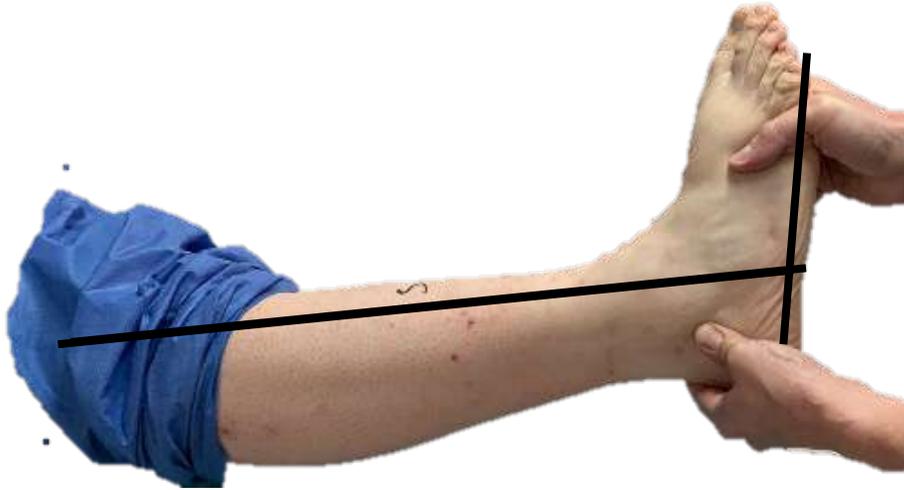
POSIBILIDADES:

- **NO EQUINISMO**
 - A. EQUINISMO EN EXT – SE CORRIGE EN FLEX
(EQUINISMO GASTRODEPENDIENTE)
 - B. EQUINISMO EN EXT – NO SE CORRIGE FLEX
(EQUINISMO NO GASTRODEPENDIENTE)

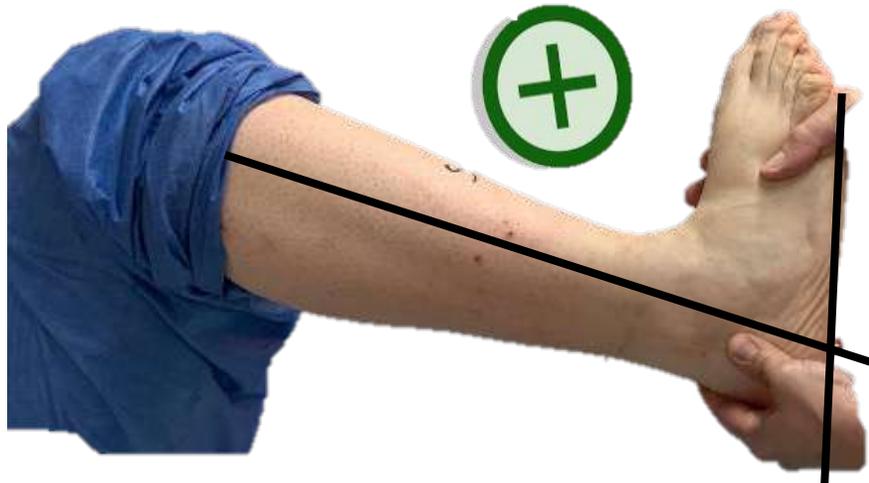


Pie equino

TEST SILFVERSKJOLD



Si con rodilla extendida , tobillo No llega FD $> 90^\circ$ → Sí equino



Si Doblamos rodilla, y tobillo llega FD $> 90^\circ$ → Equinismo gastrodependiente (por acortamiento gemelos aislado)

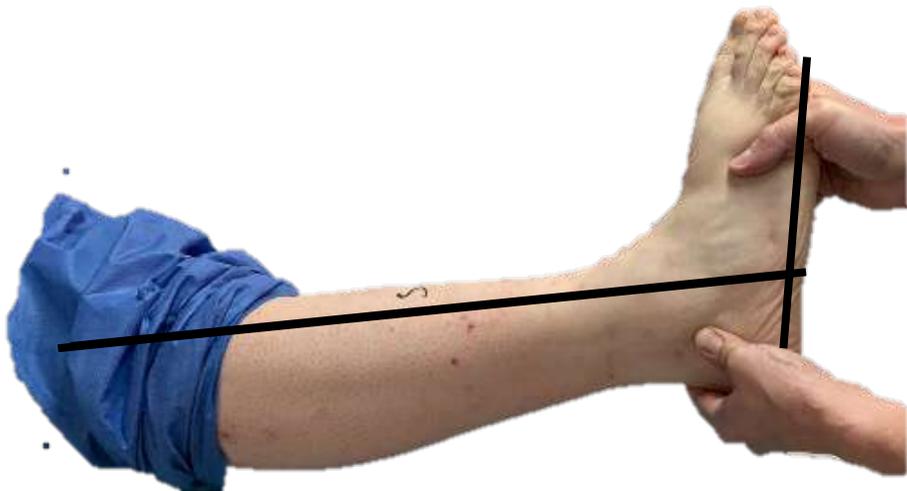
POSIBILIDADES:

- NO EQUINISMO
- A. EQUINISMO EN EXT – SE CORRIGE EN FLEX (EQUINISMO GASTRODEPENDIENTE)
- B. EQUINISMO EN EXT – NO SE CORRIGE FLEX (EQUINISMO NO GASTRODEPENDIENTE)

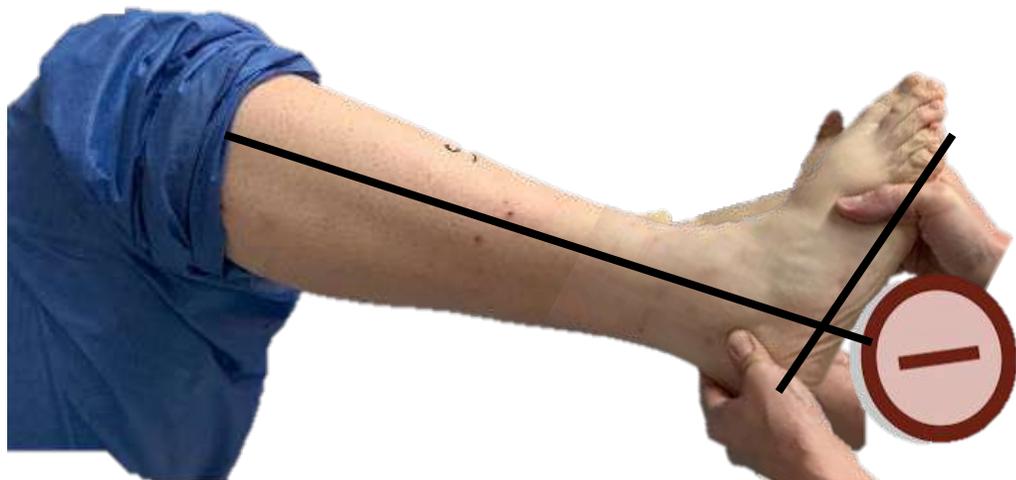


Pie equino

TEST SILFVERSKJOLD



Si con rodilla extendida , tobillo No llega FD $> 90^\circ$ → Sí equino



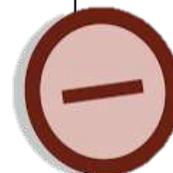
POSIBILIDADES:

- NO EQUINISMO

A. EQUINISMO EN EXT – SE CORRIGE EN FLEX
(EQUINISMO GASTRODEPENDIENTE)



B. EQUINISMO EN EXT – NO SE CORRIGE FLEX
(EQUINISMO NO GASTRODEPENDIENTE)



Si Doblamos rodilla, y tobillo NO llega FD $> 90^\circ$ → Equinismo No gastrodependiente (por acortamiento triceps sural completo)

Pie equino Rx carga



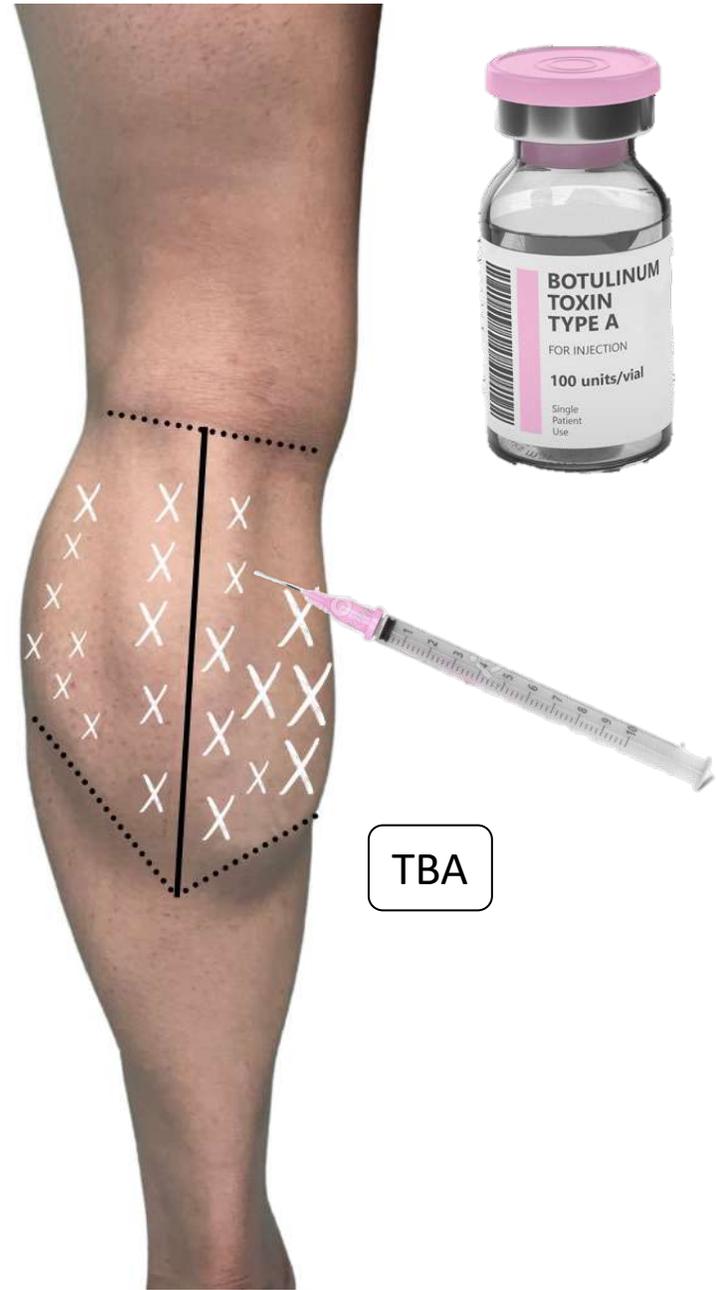
Pie equino – tratamiento conservador



Ortesis nocturna

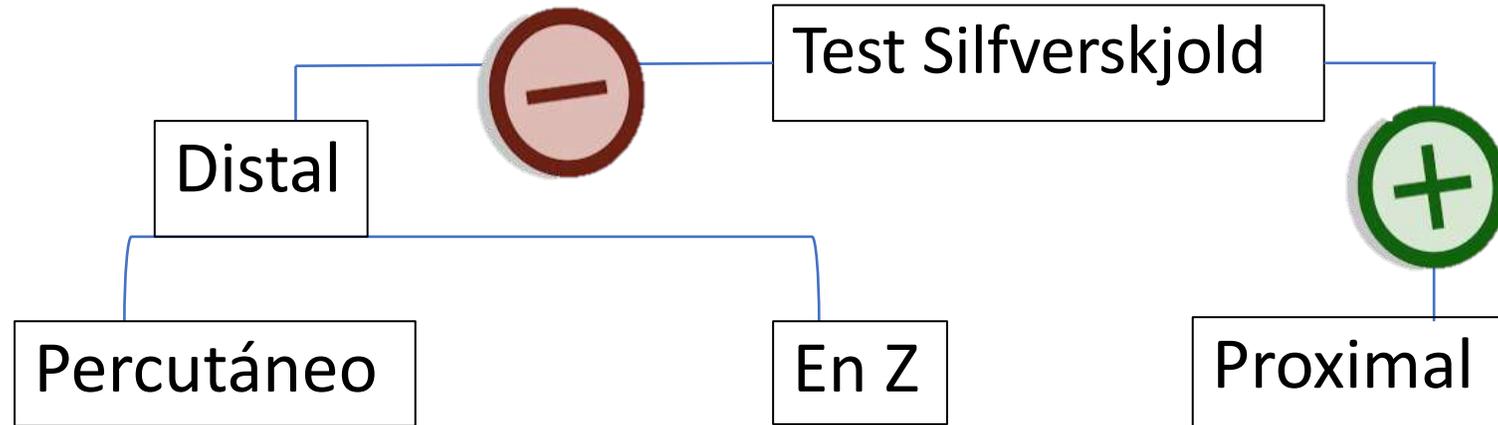


Fisioterapia



TBA

Pie equino- tratamiento quirúrgico



Hoke



Green



Strayer

Surgical Procedure	Eponym	*	Anatomical Level
Proximal GT	Silfverskiöld		5
Deep GSR	Baumann		4
Distal GT	Strayer		3
Superficial GSR	Vulpius Baker		2
TAL	Hoke White Paley		1

* Lamn et al. Gastrocnemius soleus recession: A simpler, more limited approach. *Am Podiatr Med Assoc* 95(1): 18-25, 2005

Pie equino- tratamiento quirúrgico



Preop

Posop

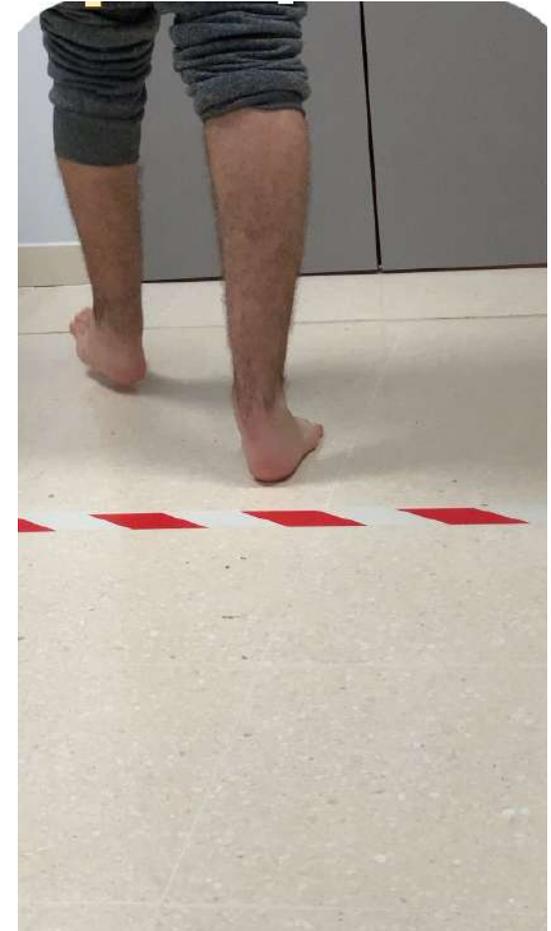


R

en carga



Preop



Posop

Pie equino

¿Cuándo derivar a TRA INF HCUVA?

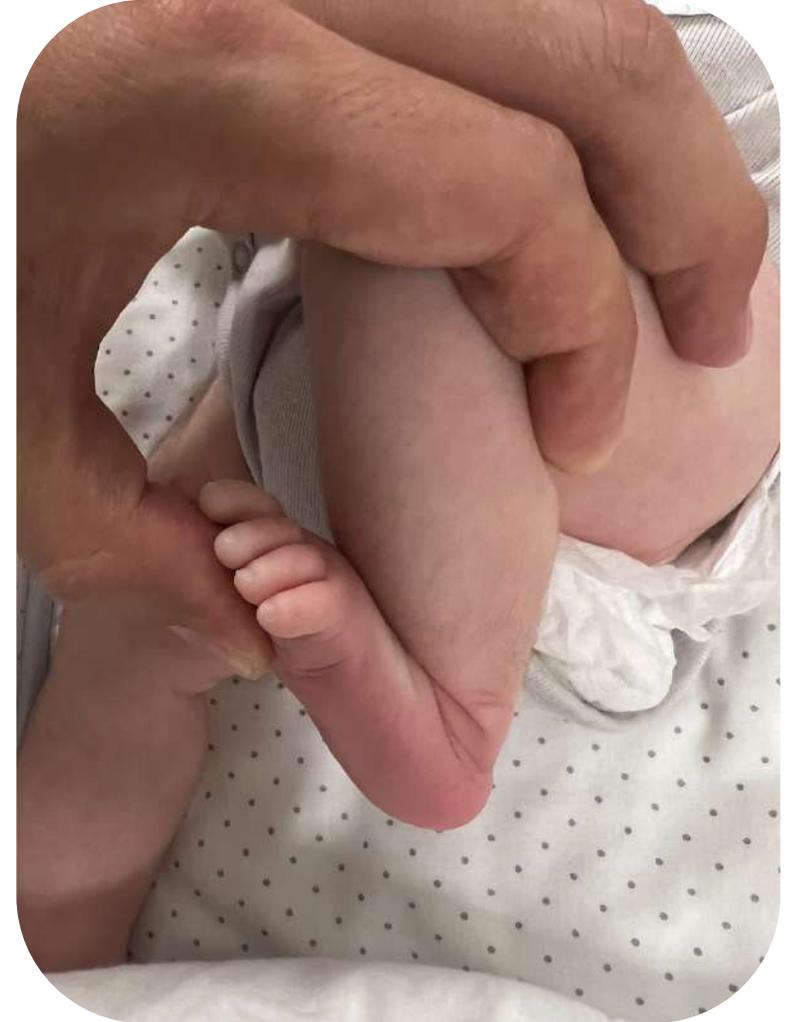
*No haya mejoría con tratamiento conservador
Sospecha de deformidad asociada
Rígido*

¿Cómo?

Con Rx en carga

Pie talo

- *Deformidad postural (posición anormal iu al final del embarazo).*
- *Descartar otras alteraciones posturales: tortícolis muscular, oblicuidad pélvica o displasia de cadera.*
- ***Dorsiflexión (talo) excesiva (dorso del pie puede tocar la cara anterior de la pierna) + eversión del pie (talo valgo)***
- *Manipulación pasiva corrige la deformidad (leve limitación de flexión plantar).*



Pie talo

- **Diagnóstico diferencial :**
 - *astrágalo vertical congénito*
 - *arqueamiento posteromedial de la tibia.*
- **Suele *resolver espontáneamente* en unos meses y no precisa tratamiento qx. Manipulaciones o férulas correctoras (raro)**



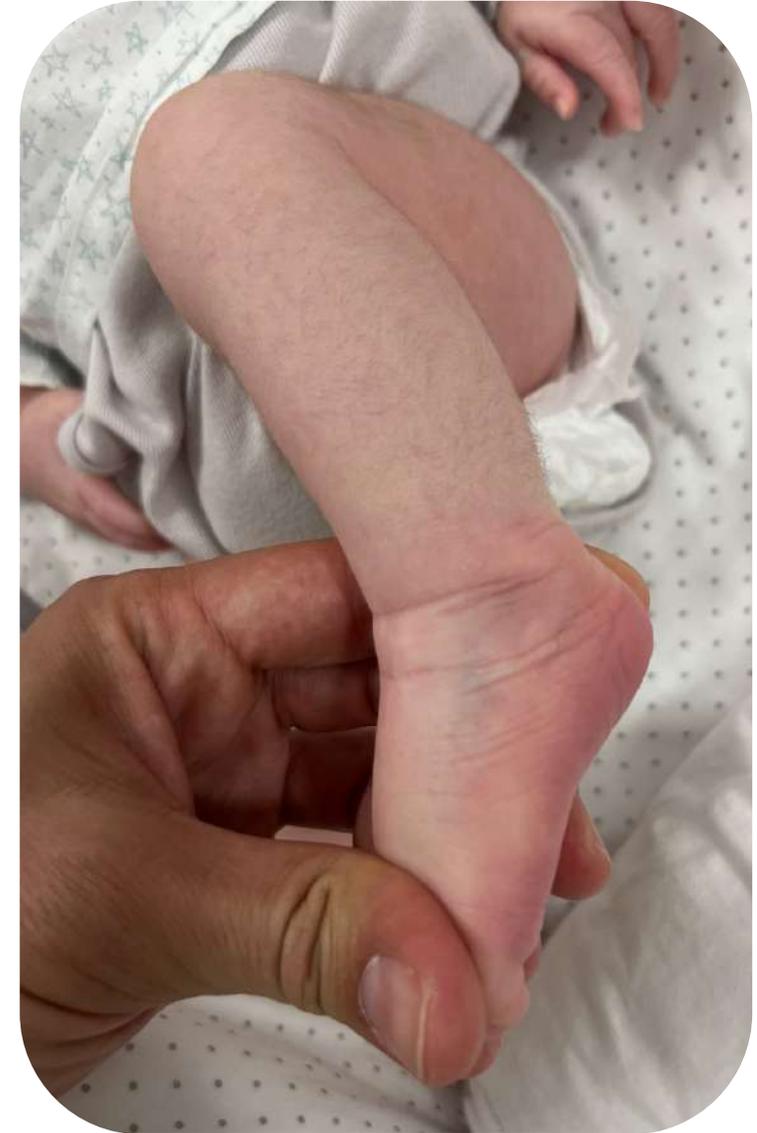
Incurvación tibia posterolateral



Astrágalo vertical congénito

Pie talo

- **Diagnóstico diferencial :**
 - *astrágalo vertical congénito*
 - *arqueamiento posteromedial de la tibia.*
- **Suele *resolver espontáneamente* en unos meses y no precisa tratamiento qx. Manipulaciones o férulas correctoras (raro)**



Pie talo

¿Cuándo derivar a TRA INF HCUVA?

Rígido

Dudas en dx diferencial: AVC o IPL tibia

¿Cómo?

Sin pruebas

Pie plano

Deformidad primaria: Pérdida de la altura normal del arco interno del pie, asociado a una deformidad en valgo del retropié



Valgo retropie

Arco aplanado

Pie plano

Puede asociar: abducto del mediopié, supinación del antepié o acortamiento del tríceps sural.



Abducto – Too many toes



Equino - Silfverkjold



Supinación

Pie plano



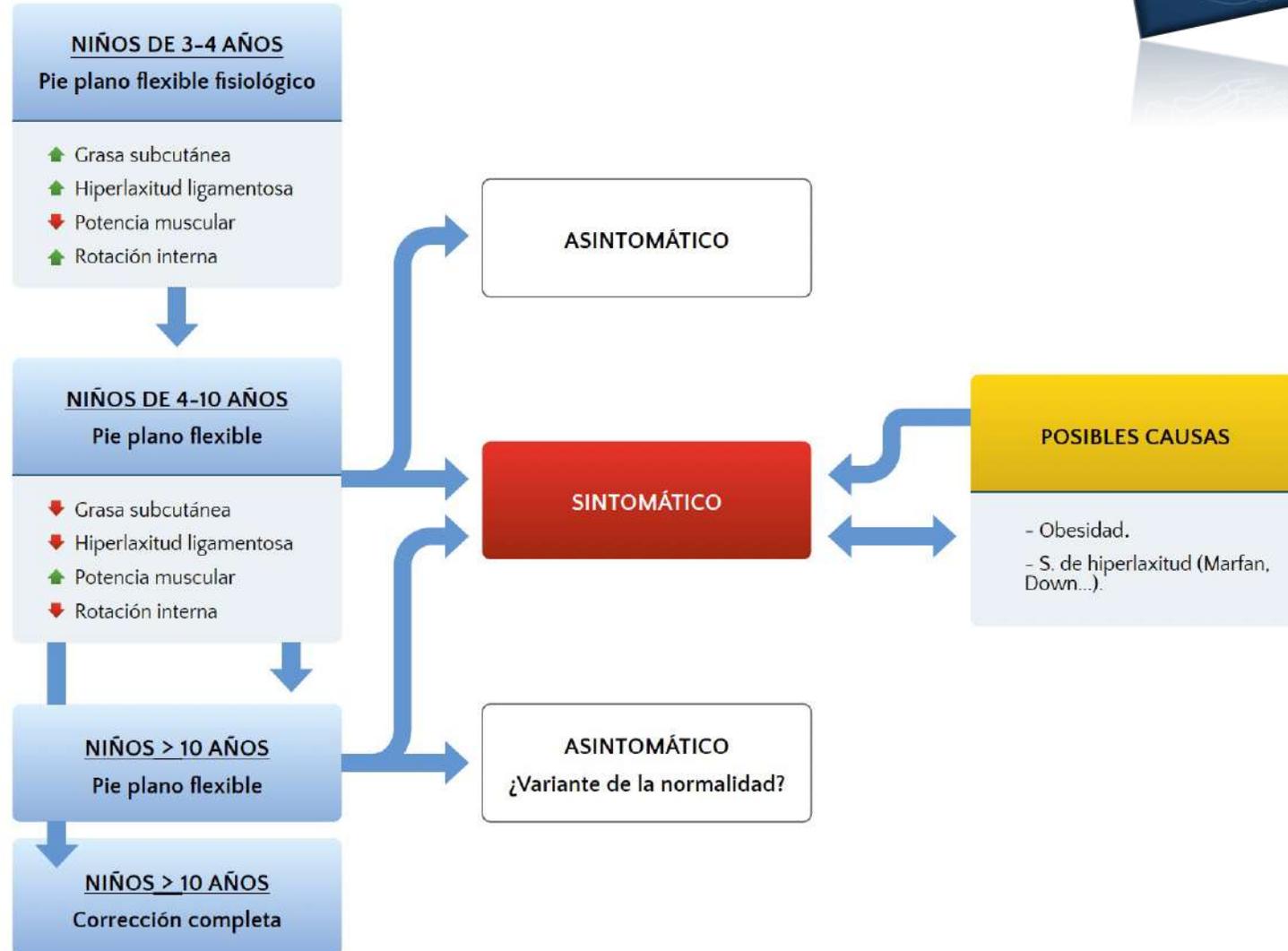
Test Jack

Pie plano flexible



Test Rodríguez Fonseca o HRT

Pie plano flexible – Historia natural



Pie plano flexible - asintomático

PIE PLANO INFANTIL

EXPLORACIÓN FÍSICA: BIPEDESTACIÓN, TEST RODRÍGUEZ-FONSECA Y TEST DE JACK

FLEXIBLE

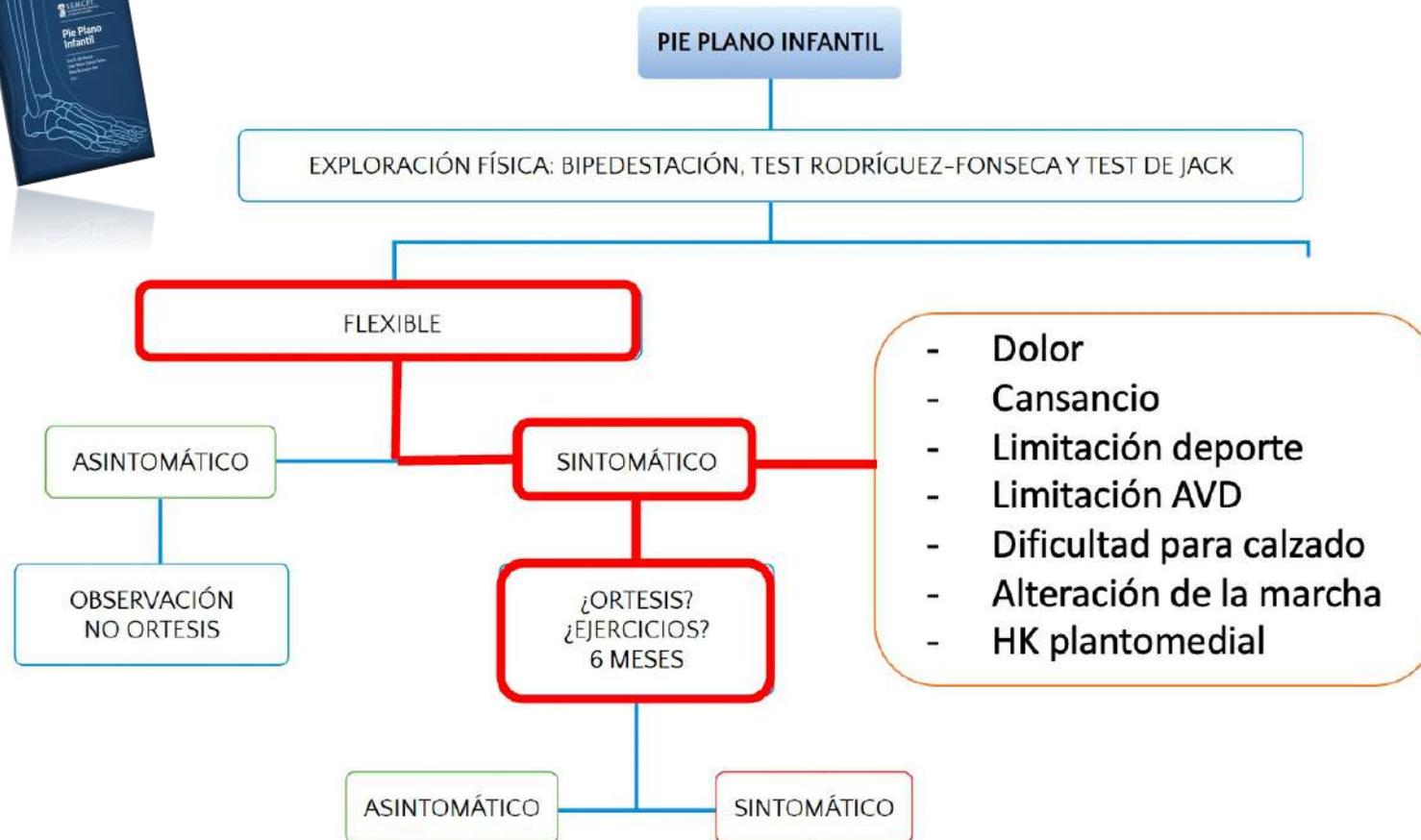
ASINTOMÁTICO

OBSERVACIÓN
NO ORTESIS

La mayoría de pies planos son **asintomáticos** y el motivo de consulta será la **deformidad** que **preocupa a los padres** o es evidenciada en **revisiones escolares**. También pueden consultar por **desgaste asimétrico del calzado**

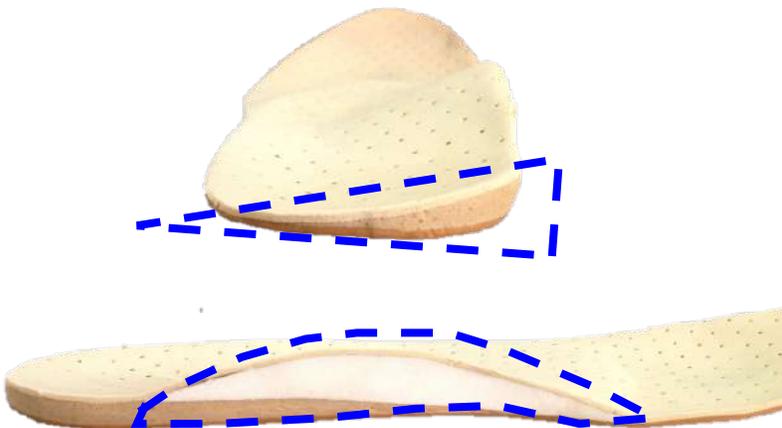


Pie plano flexible - sintomático



Pie plano flexible – sintomático- tto conservador

- **Caminar descalzo**
- **Ejercicios:** estiramientos triceps, puntillas, borde externo, fortalecimiento de tibial posterior y musculatura intrínseca.
- **Plantillas:** gradiente supinador, semirrígidas, arco interno.
- **DAFO** (*Para valgo tobillo en ppvf NRL, hiperlaxos...*)



Clínica DeLabra

Pie plano flexible – sintomático- tto conservador



ELSEVIER

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/jos>

Original article

Do corrective shoes improve the development of the medial longitudinal arch in children with flexible flat feet?

U. Kanathl et al. / Journal of Orthopaedic Science xxx (2016) 1–5

The Efficacy of Nonsurgical Interventions for Pediatric Flexible Flat Foot: A Critical Review

Angela Jane MacKenzie, BSc, Keith Rome, PhD,* and Angela Margaret Evans, PhD*†*

(J Pediatr Orthop 2012;32:830–834)

A Cochrane review of the evidence for non-surgical interventions for flexible pediatric flat feet

A. M. EVANS, K. ROME

EUR J PHYS REHABIL MED 2011;47:69-89

- **Poca evidencia científica**
- **No efecto** desarrollo en **arco medial**
- Hasta **90% innecesario**
- Influencia de la **maduración normal del pie??**
- PPVF asintomático → **síntomas en adultos???**
- **No** hay **diferencia** e.s en **Rx a largo plazo**
- **Plantillas de serie** pueden ser suficientes
- Plantillas **a medida solo en casos de no mejoría** o morfologías inusuales

Pie plano flexible – sintomático- tto conservador

¿Qué hago yo?:

- Las utilizo **solo si pie sintomático**
- Reviso en **6 meses** su utilidad

Explicar bien su finalidad:

- No corrigen arco
- Mejoran dolor en algunos casos
- Mejoran posición del pie en la marcha
- Evitan desgaste del calzado



Fichas Prácticas

Fichas Prácticas informativas para familias y pacientes, elaboradas por el siguiente equipo de traumatólogos infantiles miembros de la Sociedad Española de Ortopedia Pediátrica (SEOP), y validadas por la misma.

-Coordinación: Marisa Gómez García

-Autores: Ana María Bueno Sánchez, Javier Downey Carmona, José Antonio del Fresno Molina, Marisa Gómez García, César Salcedo Cánovas, Rafael Viña Fernández

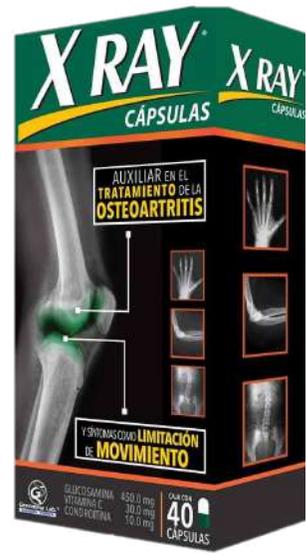
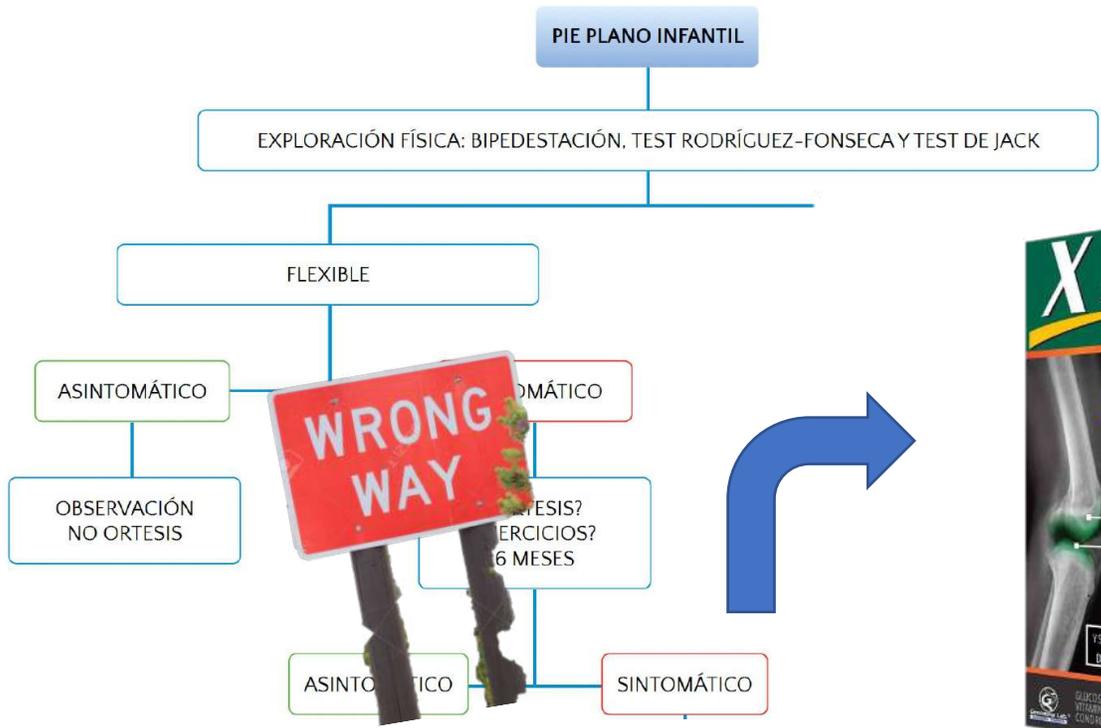


[15 PIES PLANOS VALGOS.pdf](#)

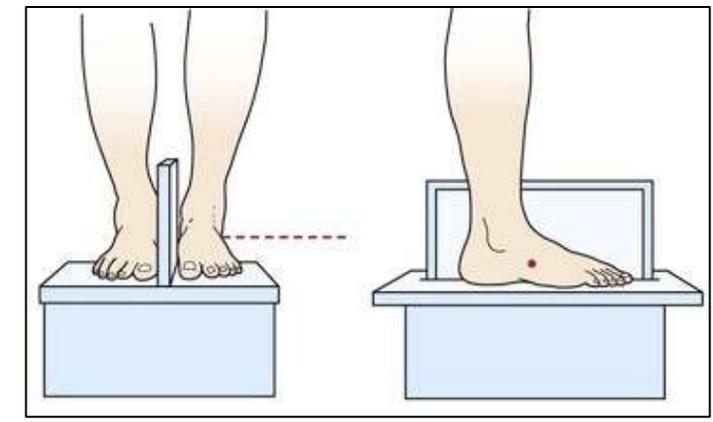
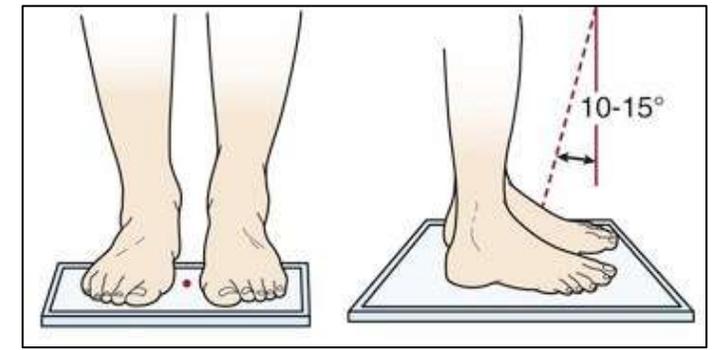
Documento Adobe Acrobat [269.3 KB]

Las plantillas con efecto corrector, son de eficacia más que discutible: los podólogos las ponen, los traumatólogos infantiles las quitamos... mientras pisan sobre la plantilla no deforman el calzado, pero entonces ¿qué tratamos el calzado o el pie? En ocasiones el niño refiere dolor en la planta del pie y cansancio en la práctica deportiva. En estos casos el uso de aplantillas de forma transitoria, pueden mejorar esta sintomatología.

*Pie plano flexible – sintomático
... a pesar de tto conservador*

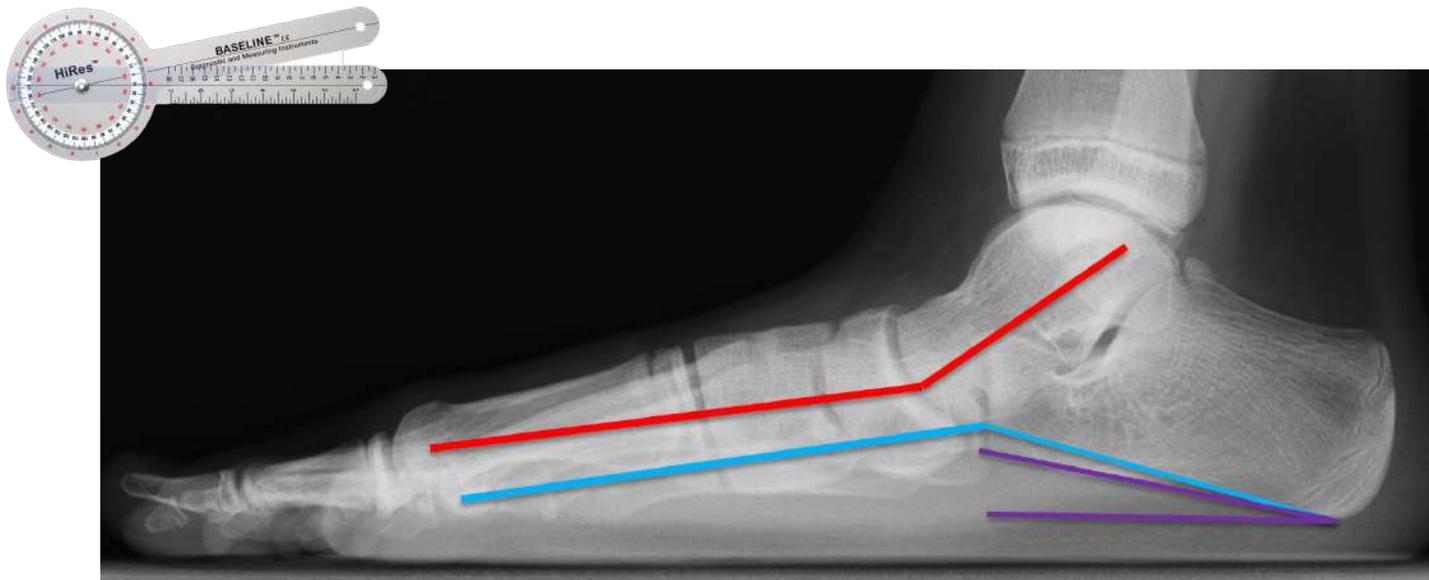


SIEMPRE EN CARGA



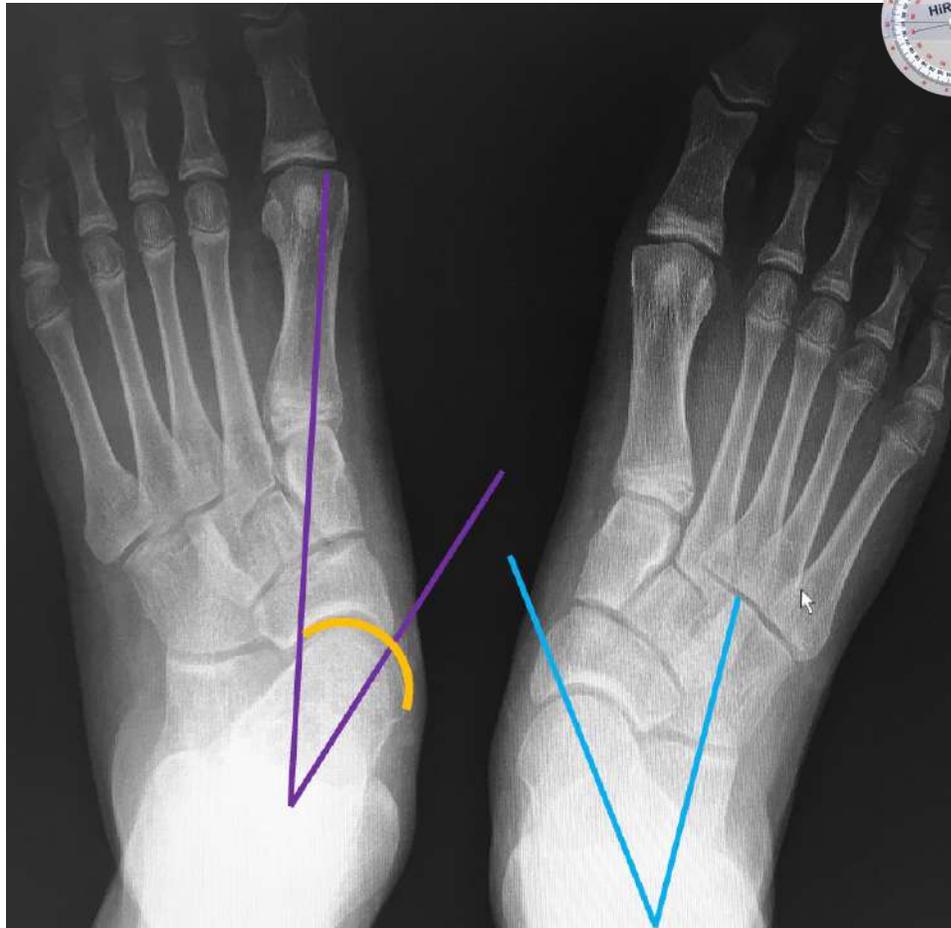
<https://musculoskeletalkey.com>

Pie plano flexible – sintomático - Rx lateral carga



RX LATERAL EN CARGA	EVALUACIÓN	NORMAL
Ángulo Costa-Bartani.	Si aumenta, signo de aplanamiento del arco interno.	125°-135°
Ángulo Meary.	Si aumenta, signo de aplanamiento del arco interno.	0°-°0°
Calcaneal Pitch Angle (inclinación del calcáneo).	Si disminuye, signo de aplanamiento del arco interno.	20°-30°

Pie plano flexible – sintomático - Rx dorsoplantarcarga



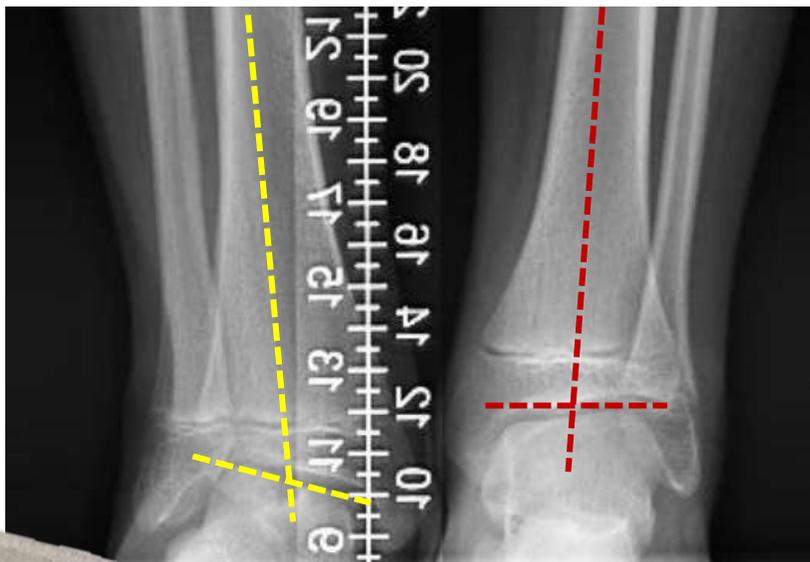
RX DORSOPLANTAR EN CARGA	EVALUACIÓN	NORMAL
Ángulo astrágalo-calcáneo (AC) o Kite.	Valgo subtalar	20°-30°
Ángulo entre el eje del astrágalo y el eje del primer metatarsiano	Metatarso adducto	0°-5°
(%) Descobertura	Abducto	< 40%

Pie plano flexible – sintomático - Rx Tobillos carga

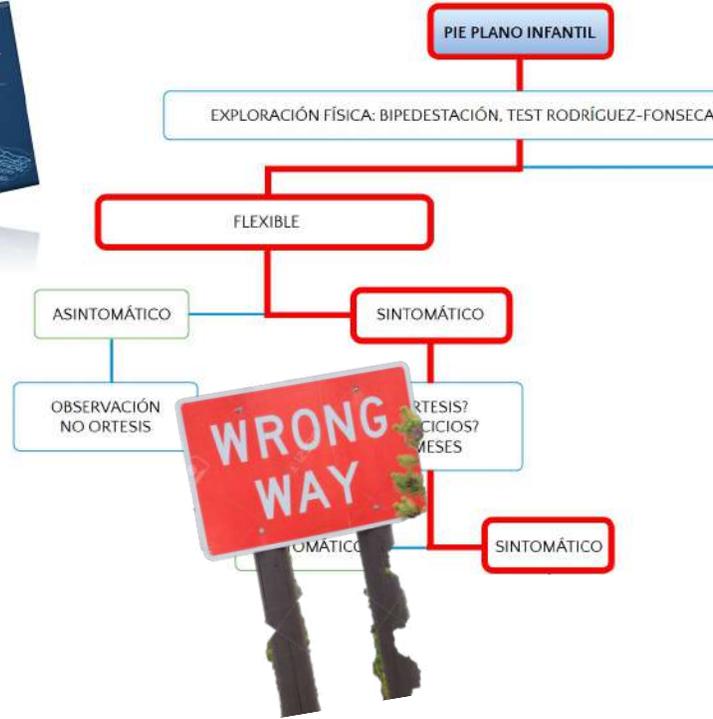
A VECES EL VALGO ESTÁ
EN EL PISO DE ARRIBA



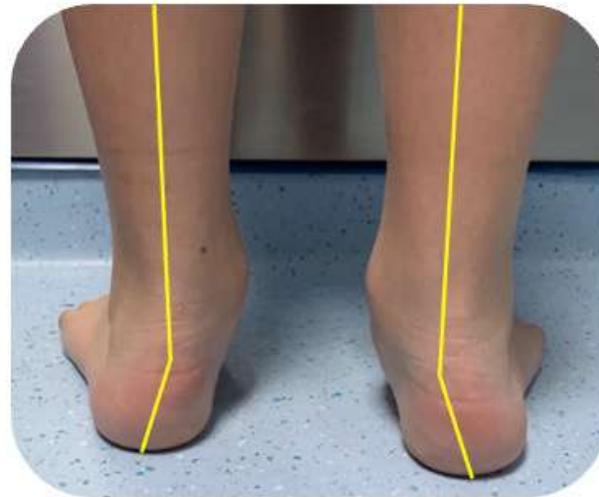
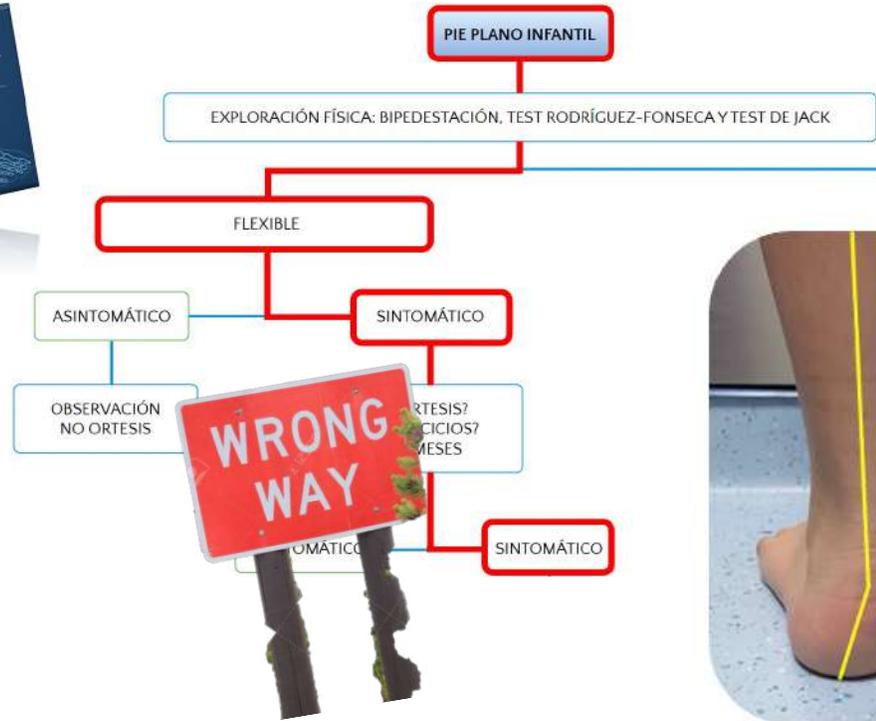
LOOK
UP



Pie plano flexible – sintomático - Cirugía



Pie plano flexible – sintomático - Cirugía

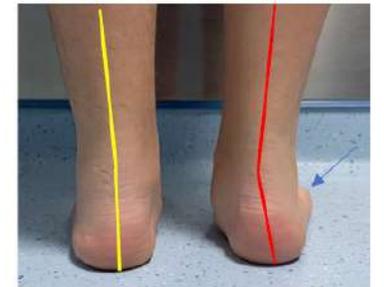
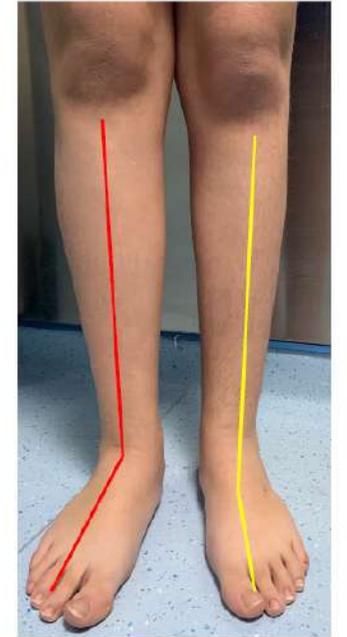
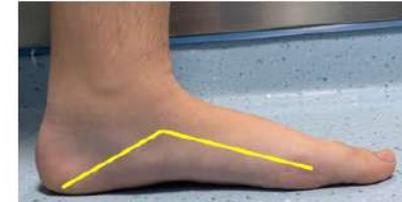
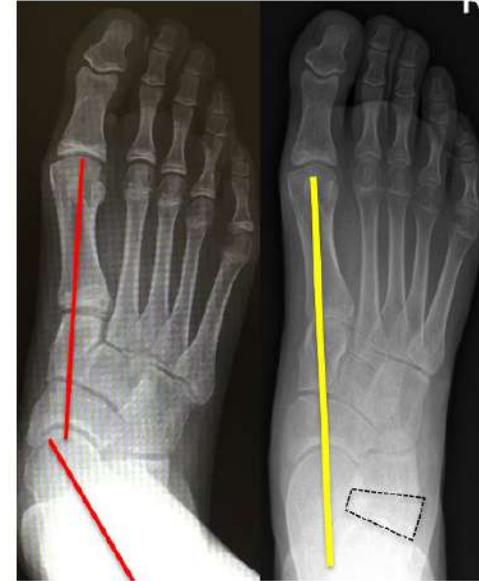
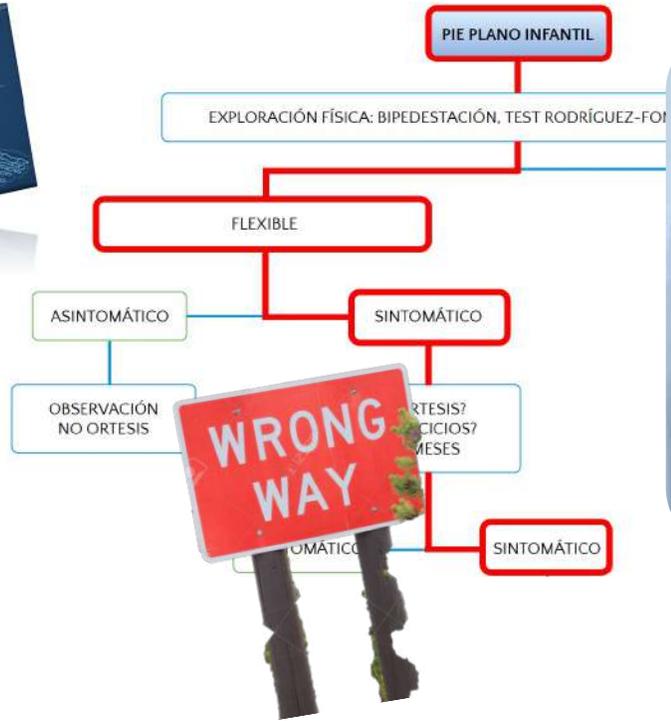


Pre



1 año

Pie plano flexible – sintomático - Cirugía



Pie plano flexible

¿Cuándo derivar a TRA INF HCUVA?

*Fracaso de tratamiento conservador
Deformidad severa o aumento de la misma
Limitación funcional*

¿Cómo?

Con Rx DP y L carga pies y AP carga tobillos

Pie plano

Pie plano rígido

Valgo retropié



DERECHO: No variza en puntas



Pie plano rígido

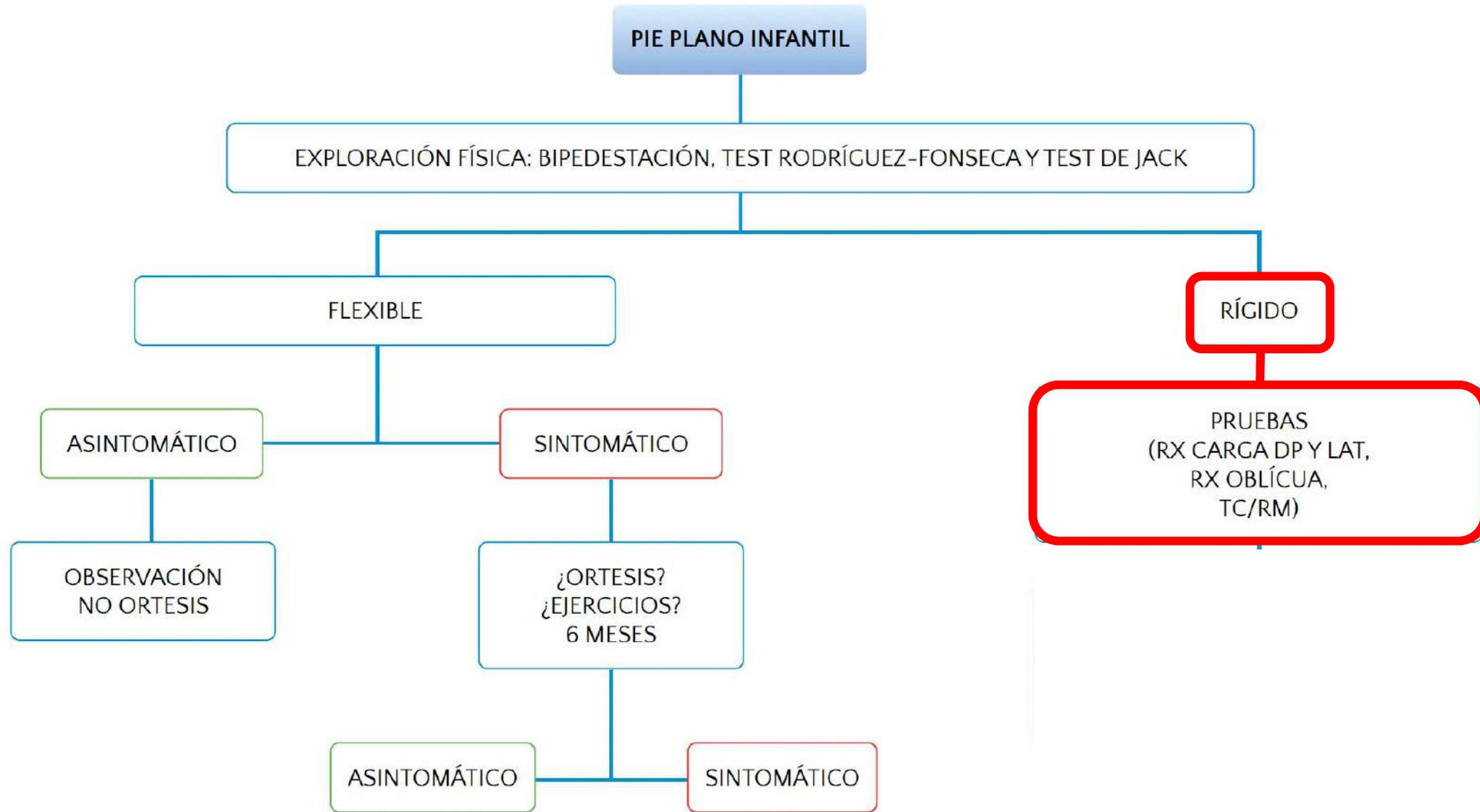
Movilidad subtalar bloqueada



Movilidad subtalar normal



Pie plano rígido - algoritmo



Rx lateral pie normal



Pie plano rígido – Rxs carga

Coalición tarsiana AC



Pie plano rígido – Rxs oblicua interna

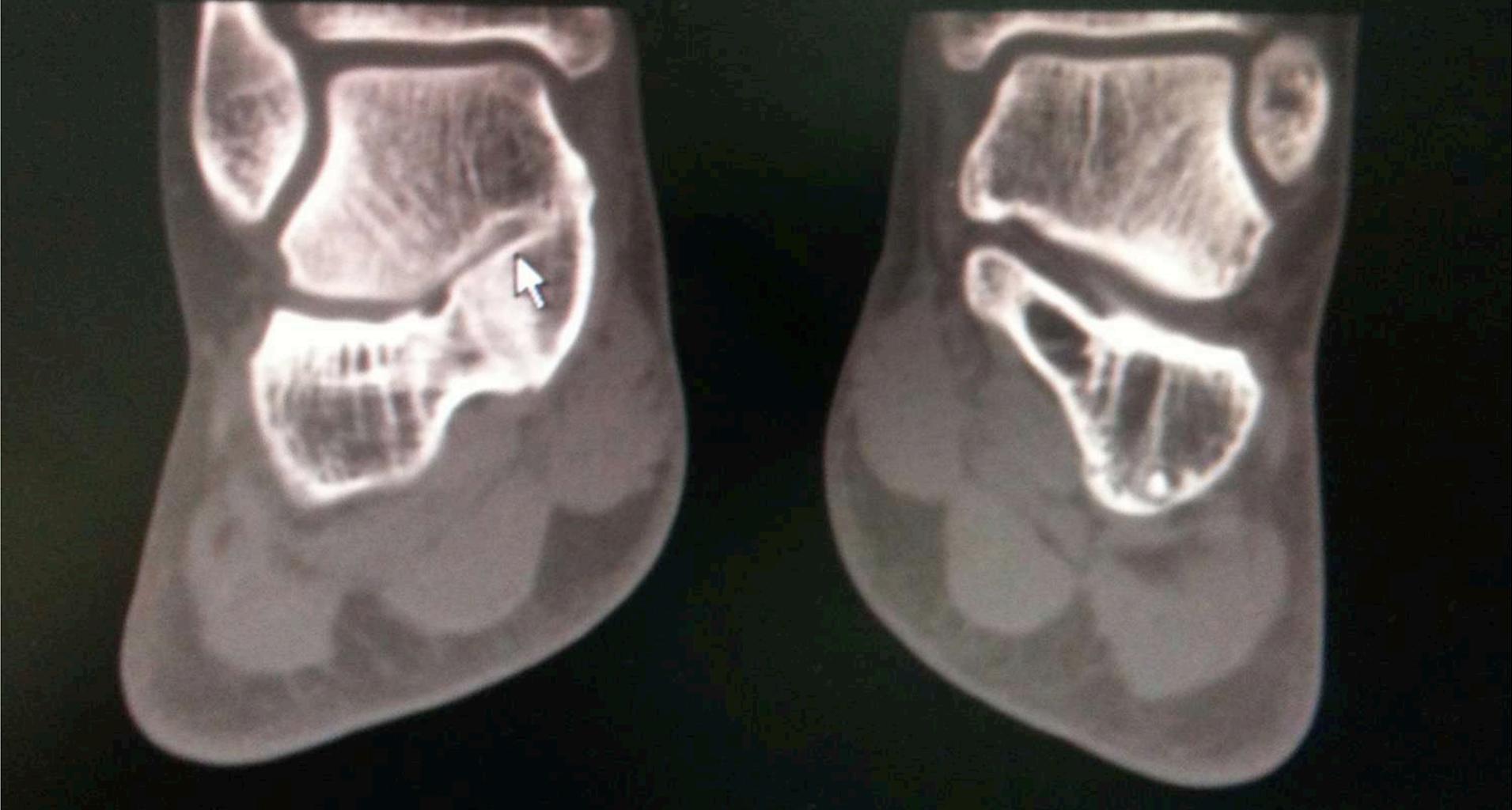


Coalición tarsiana CE



Pie plano rígido – Imagen avanzada TC

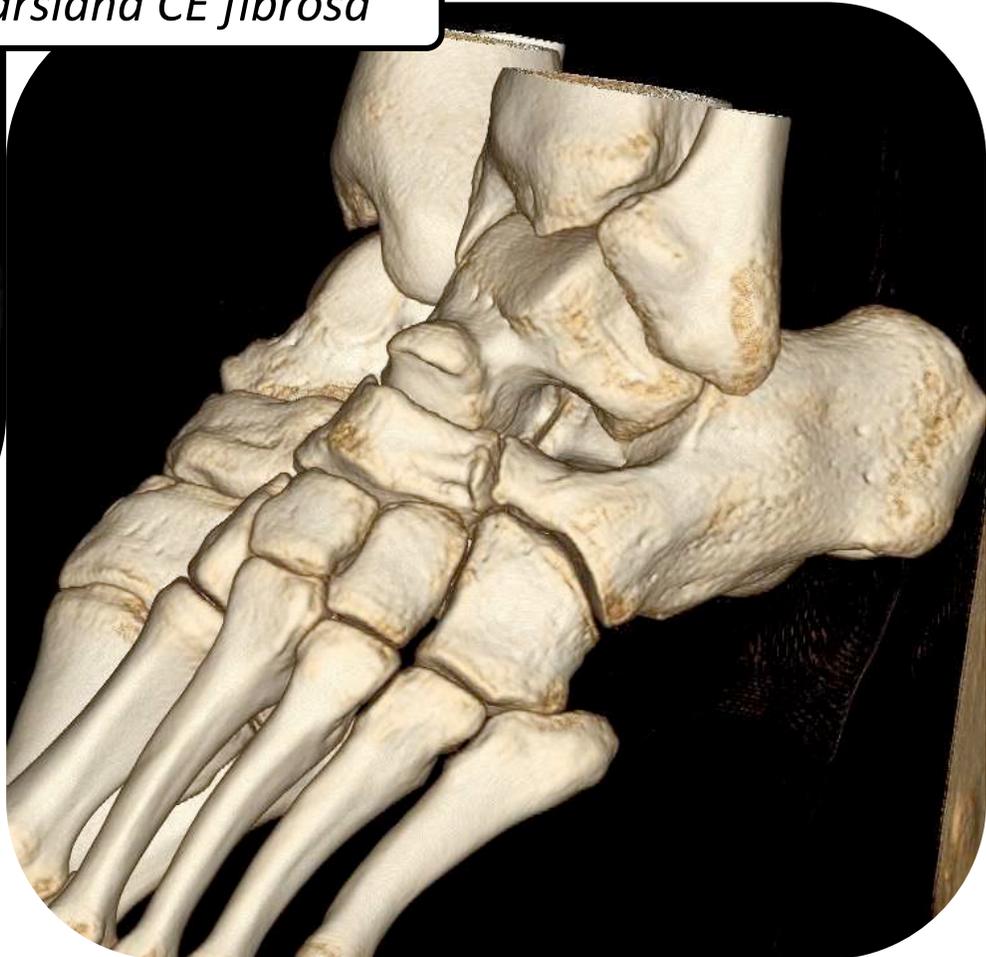
Coalición tarsiana AC ósea



Pie plano rígido – Imagen avanzada TC y RM



Coalición tarsiana CE fibrosa



Pie plano rígido - tratamiento

+ Frec: Coaliciones tarsianas

- Más frecuente valgo
- No siempre valgo (a veces varo)
- Enfermedades inflamatorias
- Postraumático
- Neurológico

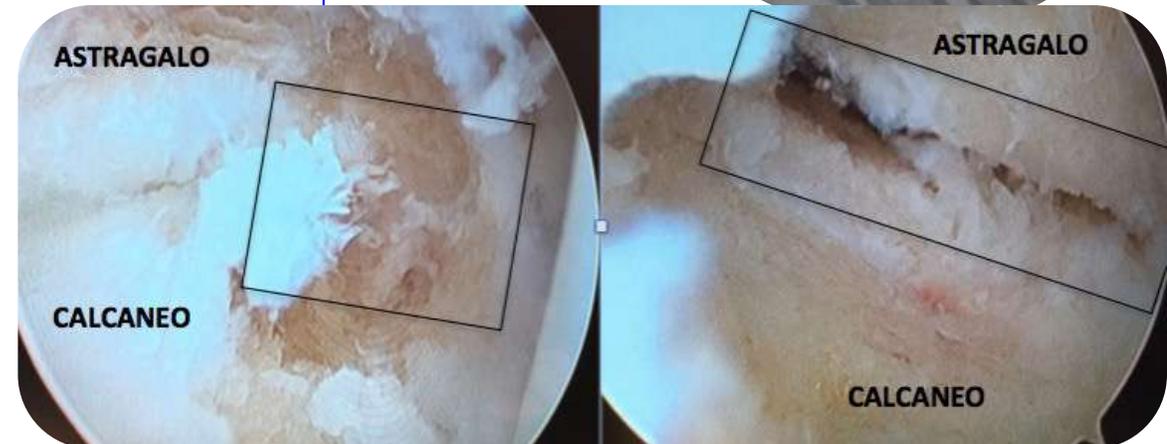
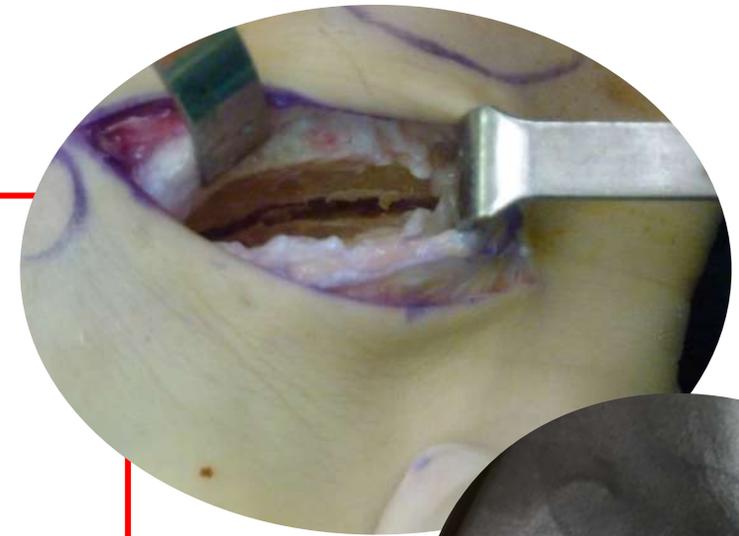
Coaliciones tarsianas

ASINTOMÁTICO (75%) → NADA, OBSERVACIÓN

SINTOMÁTICO:

- Ídem que un pie plano flexible
- Esguinces de repetición

Tratamiento: PLANTILLAS, YESO....ó QX



Pie plano rígido

¿Cuándo derivar a TRA INF HCUVA?

Siempre

¿Cómo?

*Con Rx DP y L carga pies y oblicua interna
TC o RM ???*

Pie cavo

Deformidad primaria: Aumento de la altura normal del arco interno del pie, asociado frecuentemente a deformidad en varo del retropié (no siempre)

Aumento del arco



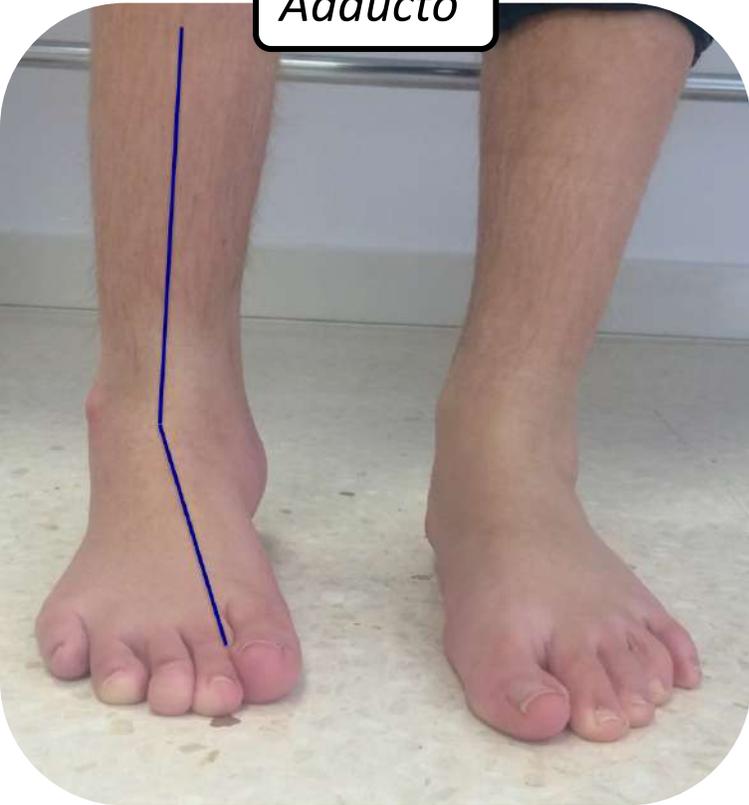
Varo retropié



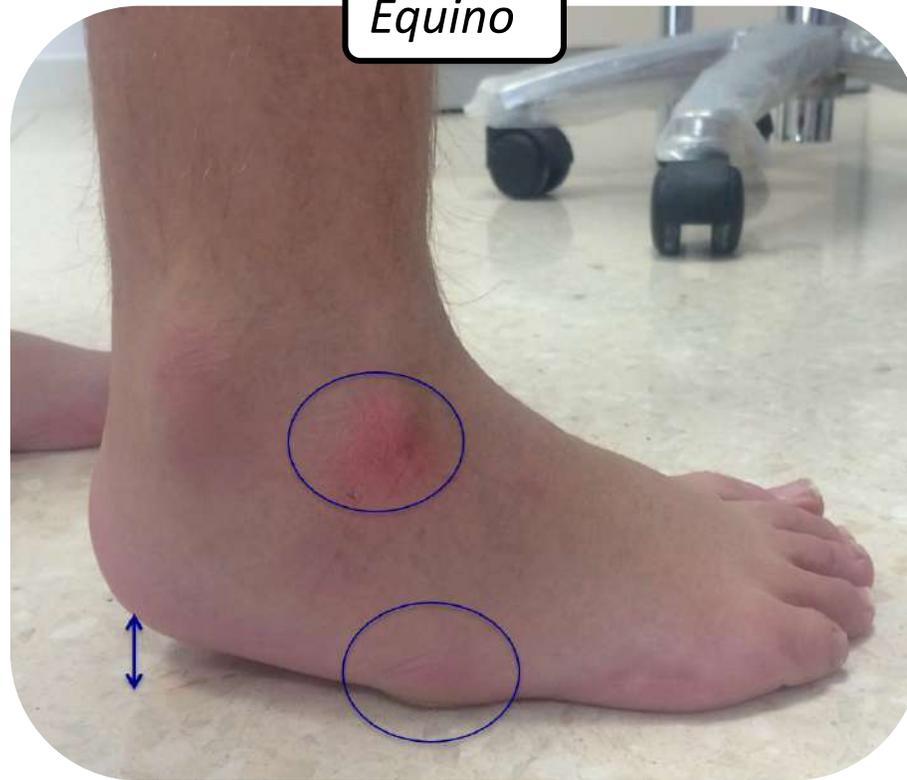
Pie cavo

Puede asociar: aducto del mediopié, pronación del antepié o acortamiento del tríceps sural (equino).

Adducto



Equino



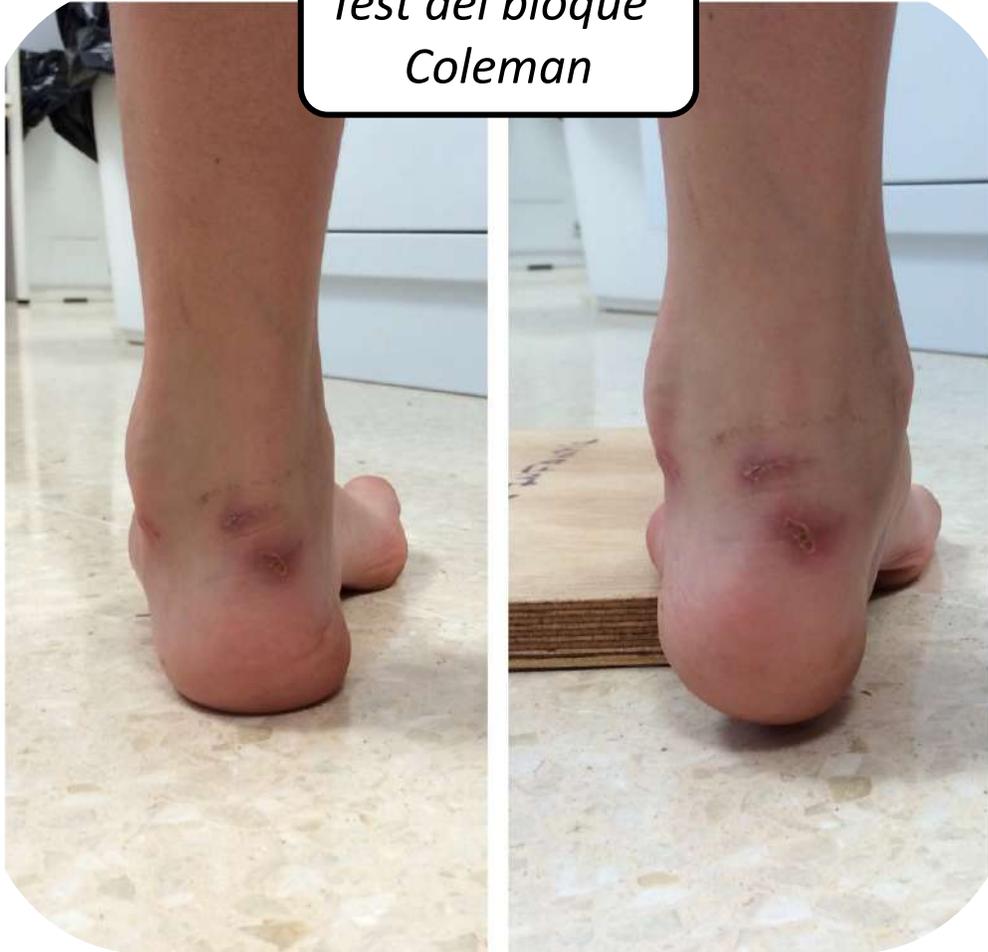
Pronación antepié



Pie cavo

Flexibilidad del retropie

*Test del bloque
Coleman*



*Test del bloque
modificado*



Pie cavo

Balance muscular

Tib Ant



Tríceps



Peroneos



Tib Post

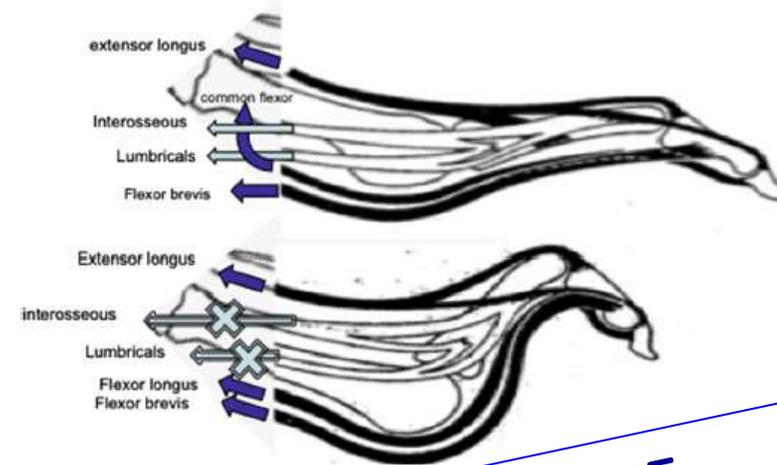


Pie cavo

Cavus Foot

Monica Paschoal Nogueira, PhD, MD^{a,*}, Fernando Farcetta, MD^b,
Alexandre Zuccon, MD^b

Foot Ankle Clin N Am 20 (2015) 645–656



**DISBALANCE
MUSCULAR**

Table 1
Cavus foot etiology

Neurologic	Osteoarticular Changes	Soft Tissue Contractures
Charcot–Marie–Tooth disease	Congenital cavus foot	Ledderhose disease
Polyneuritic syndromes	Rheumatoid arthritis	Scar tissue, iatrogenic
Dejerine–Sottas disease	Trauma	Burns
Friedrich ataxia	Inadequate use of shoes	Vascular lesions
Roussy–Levy syndrome	—	—
Stumpell–Lorrain disease	—	—
Pierre–Marie hereditaxy	—	—
Cerebral palsy	—	—
Parkinson disease	—	—
Poliomyelitis	—	—
Myelomeningocele	—	—
Nerve trauma	—	—
Tumors	—	—
Leprosy	—	—
Hysterical cavus	—	—

-Tib Ant
+ Tib Post
-PLC
+ PLL
+- Triceps
+ Intrinsecos

Pie cavo

SOSPECHAR ETIOLOGIA NEUROLÓGICA

Family history of peripheral neuropathy

Family history of claw toes or cavus foot

History of rapid onset and progression of cavus deformity

Unilateral disease or marked difference in severity between the 2 sides

Severe deformity especially one that is associated with marked clawing of the toes and hallux

Lateral and anterior compartment wasting in the lower leg (inverted champagne bottle legs)

Neurologic findings on examination

Neurologic findings or symptoms in the hands or upper limbs

Spinal dysraphism



Pie cavo

Clínica

*Dolor lateral
inestabilidad lateral tobillo*



Dedos garra



Metatarsalgia



Pie cavo

Patrón de la marcha alterado



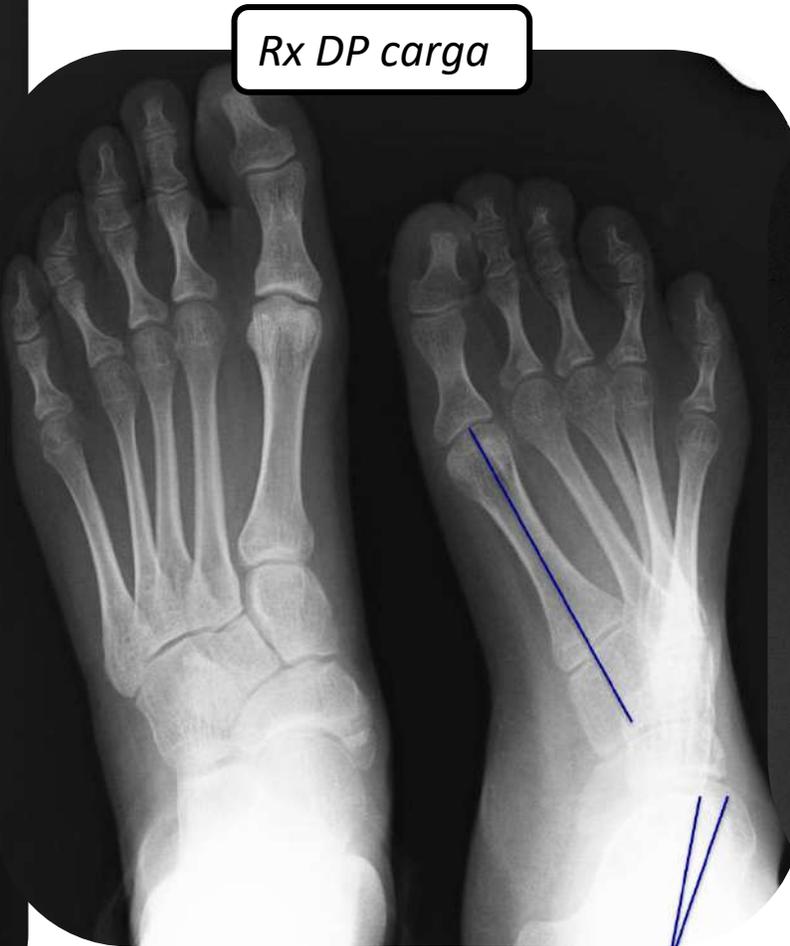
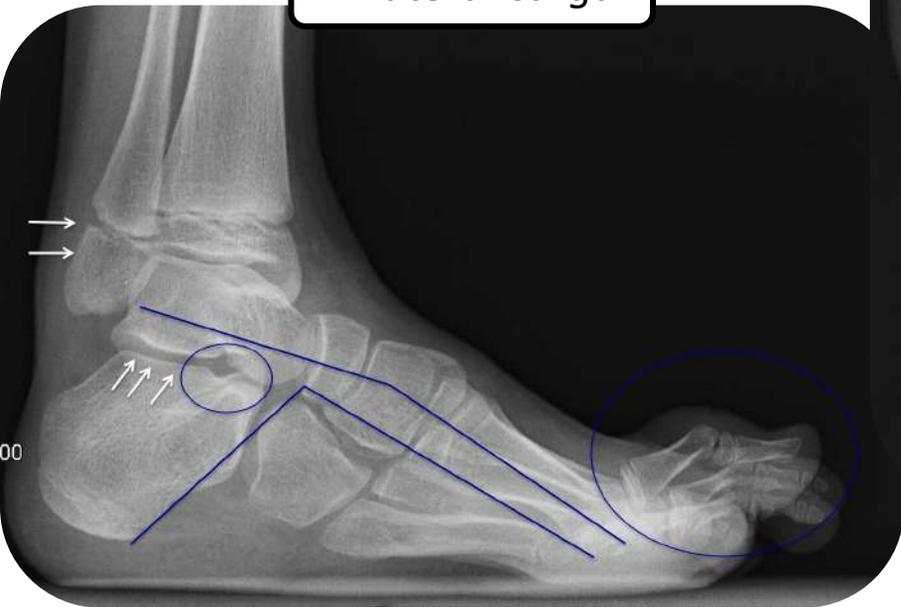
Ulceras recurrentes



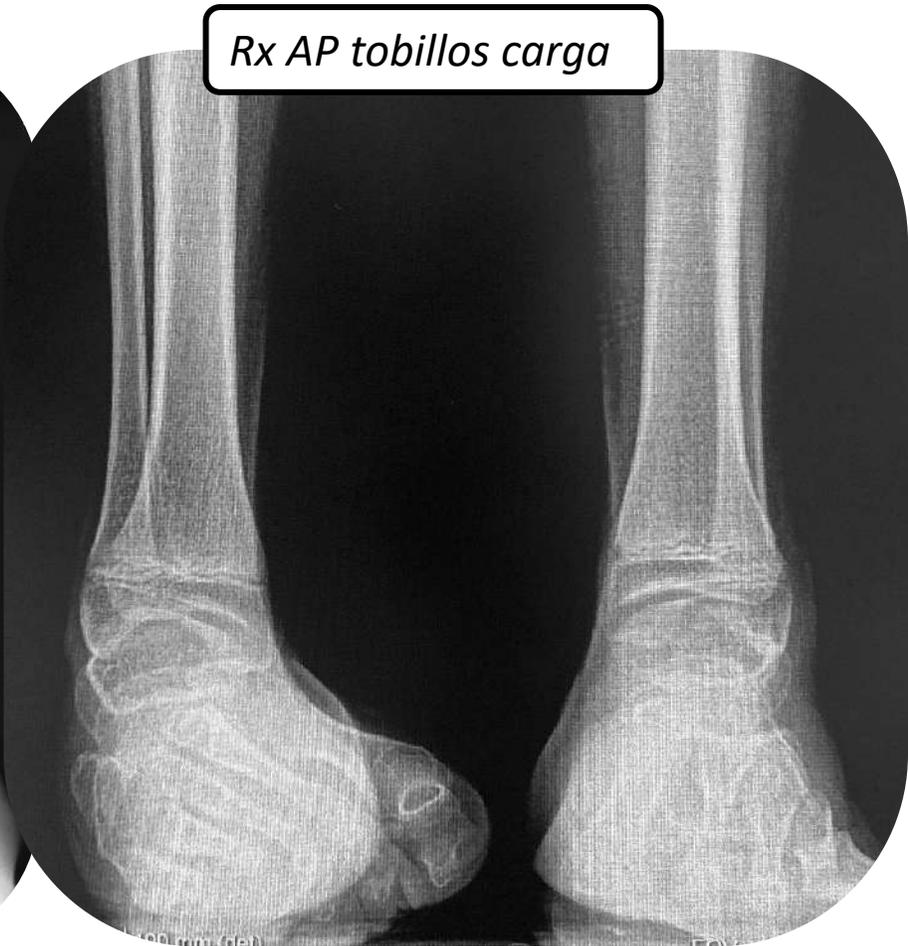
Pie cavo – Rx carga



Rx lateral carga



Rx DP carga



Rx AP tobillos carga

Pie cavo – tratamiento



Pie cavo – tratamiento multidisciplinar

Fisioterapia



Podología

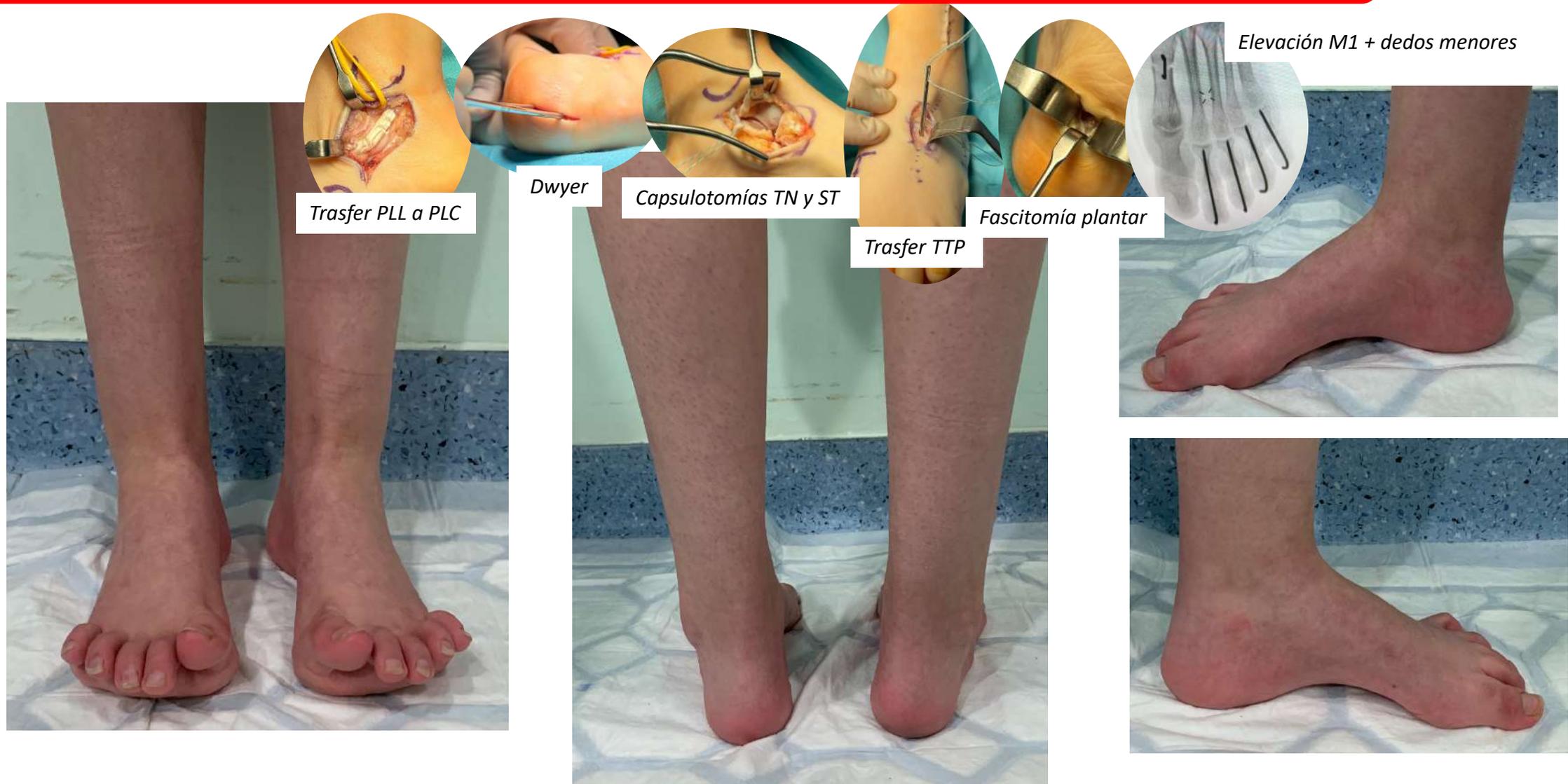


Técnico ortopeda

Rehabilitación

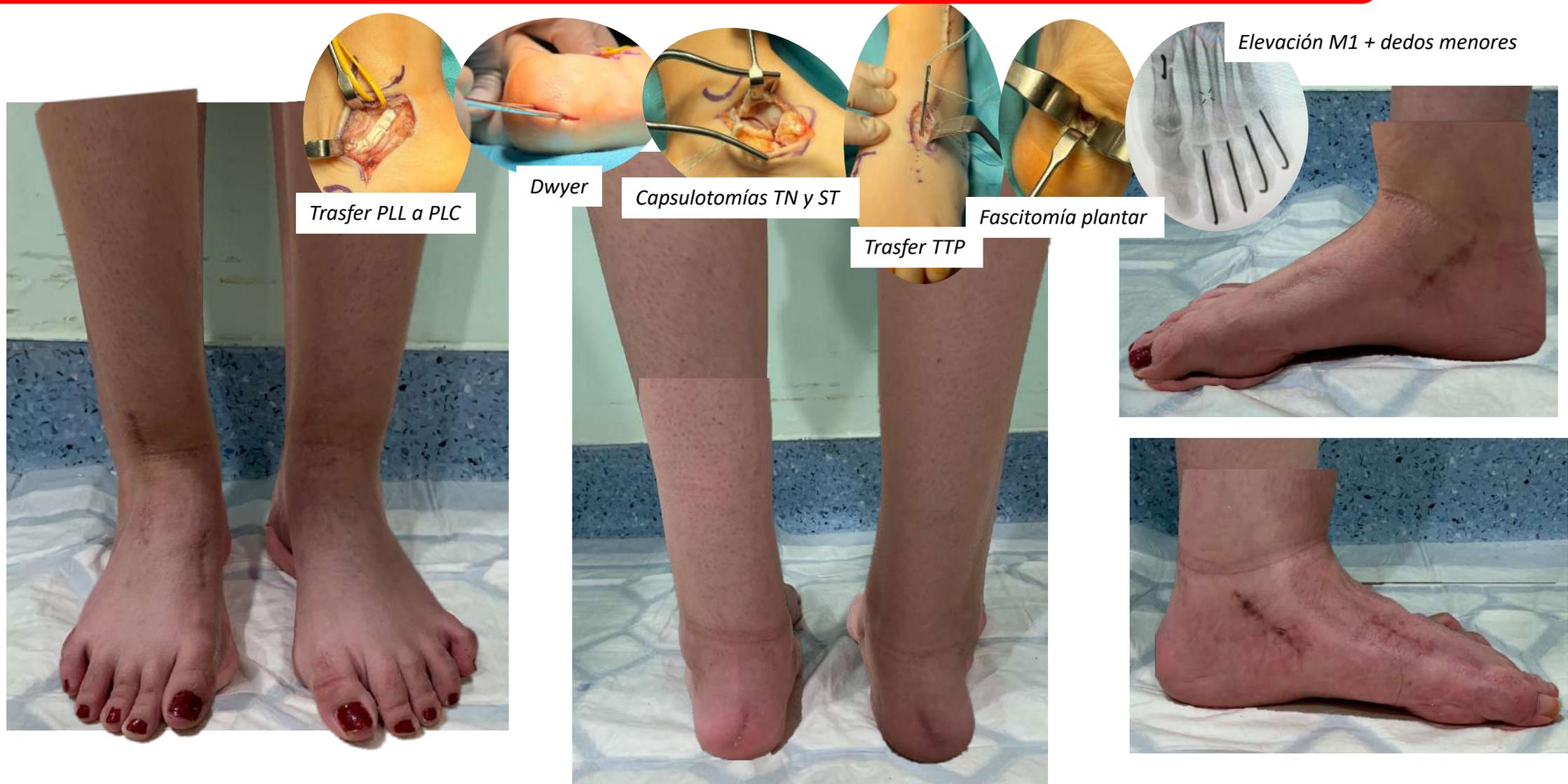


Pie cavo – tratamiento multidisciplinar – cirugía a la carta



Pie cavo varo CMTh -

Pie cavo – tratamiento multidisciplinar – cirugía a la carta



Pie cavo varo CMTh -

Pie cavo – tratamiento multidisciplinar – cirugía a la carta



Preop



Posop



Preop



Posop



Pie cavo

¿Cuándo derivar a TRA INF HCUVA?

*Progresivo
Sintomático*

*NeuroPed
REH
Genética
NFS*

¿Cómo?

Con Rx DP y L carga pies y AP tobillos

Pie zambo

Deformidad multiplanar : EQUINO-VARO-ADDUCTO-CAVO

Congénita

Etiología multifactorial en el periodo fetal (no embrionario)

1/1000 RNV

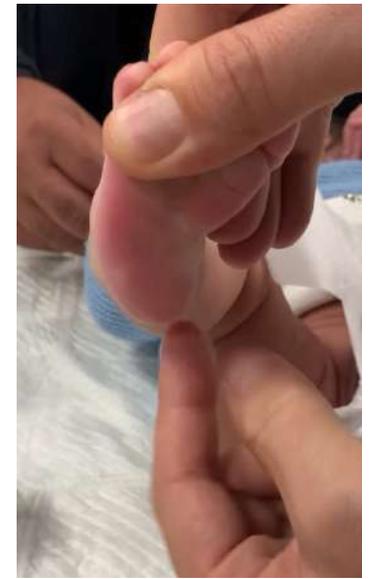
50% bilateral

Idiopático vs. Sds (artrogriposis, MMC...)

No reductible



equino



varo



cavo



aducto

Pie zambo... Aquí en el tratamiento no hay duda ...

MÉTODO PONSETI

Indicado en el tratamiento del pie zambo idiopático, sindrómico, pie zambo recidivado y pie zambo no tratado (de diagnóstico tardío en niños mayores). Cuando se realiza de forma adecuada, los resultados a medio y largo plazo son muy buenos hasta del 98%, con buena movilidad y corrección de los pies



98%

SUCCESS RATE



Pie zambo... MÉTODO PONSETI



Manipulación



Algodonado



Enyesado tibia pie



Moldeado



Tod@s participan

Enyesado Rodila Muslo

Pie zambo... MÉTODO PONSETI



1ª semana



2ª semana



3ª semana



4ª semana



Tenotomía Aquiles percutánea



+ 3 semanas

Pie zambo... MÉTODO PONSETI



Resultado final



Ortesis Ponseti



3 meses – 23 h /día

1 año 17/día

< 10 h /día relación directa con mal resultado

Hasta los 4 años

Pie zambo... MÉTODO PONSETI...recidivas



Recidiva – supinación dinámica



Trasferencia tendinosa TA



Marcha normal posop

Pie zambo

¿Cuándo derivar a TRA INF HCUVA?

No reductible

Dudas diagnósticas

Problemas con yeso u ortesis

Recidivas

¿Cómo?

Con Rx DP y L carga pies SOLO EN RECIDIVAS

Astrágalo vertical congénito

Pie plano rígido con aspecto de pie en mecedora.

Deformidad rara 1/10 000

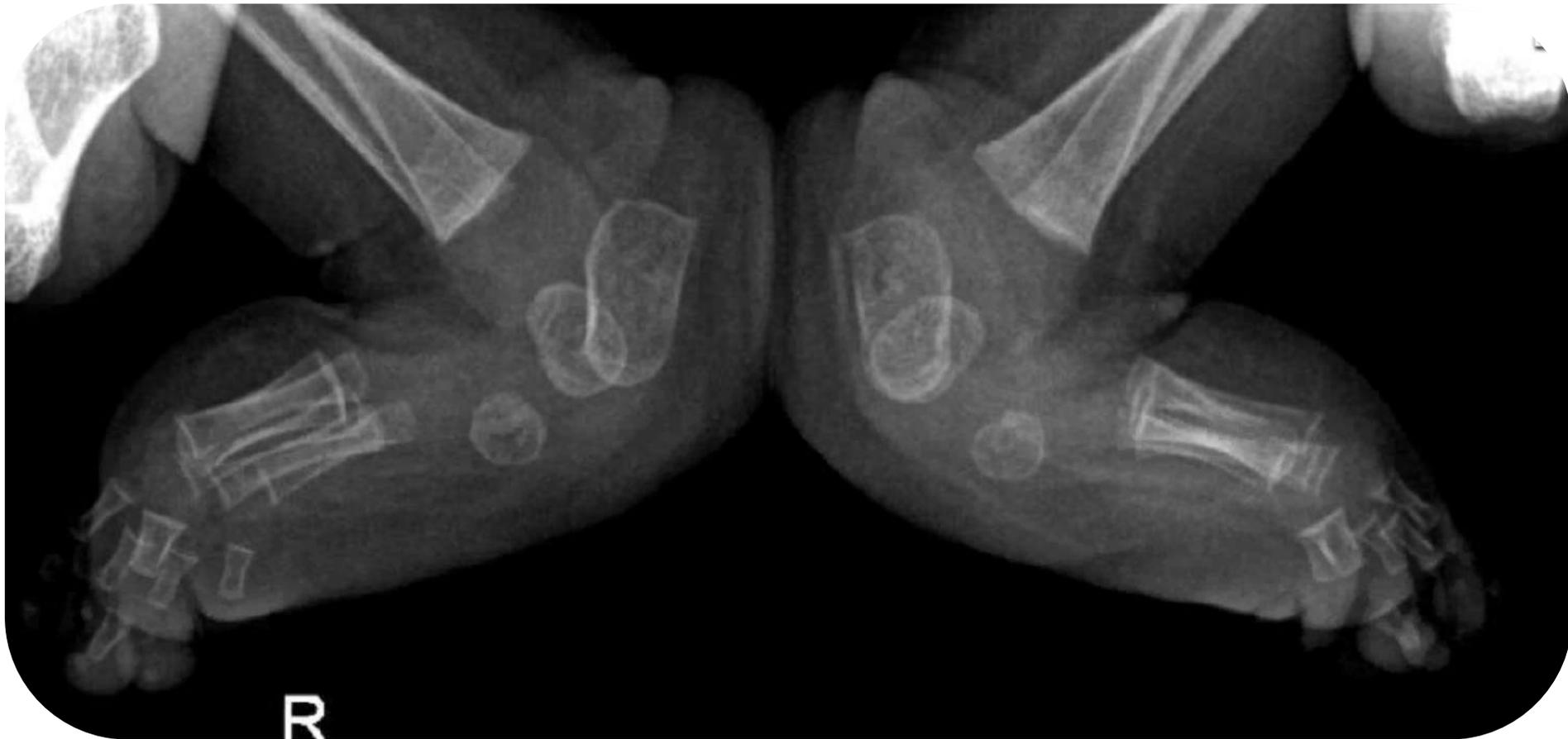
50 % aislada (idiopático)

50 % patología neuromuscular o alteraciones cromosómicas



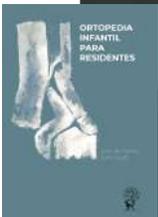
Astrágalo vertical congénito – Rx lateral

Luxación congénita dorsal irreductible y rígida del escafoides sobre el astrágalo.
Flexión plantar rígida que en casos severos llega a alinearse verticalmente con la tibia.



Astrágalo vertical congénito – Rx lateral

Luxación congénita dorsal irreductible y rígida del escafoides sobre el astrágalo.
Flexión plantar rígida que en casos severos llega a alinearse verticalmente con la tibia.
No mejoría espontánea



Trastornos congénitos del pie

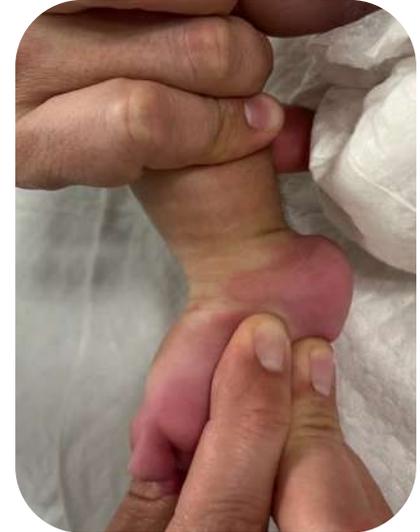
Francisco J. Downey

Ortopediatrica, Sevilla

Astrágalo vertical congénito – Tratamiento



Método Dobbs - Morcuende



Astrágalo vertical congénito – Tratamiento

Enyesado



Tenotomía Aquiles



Reducción abierta y AK en TN



Ortesis hasta 2 años



AVC

PEVA

Astrágalo vertical congénito

¿Cuándo derivar a TRA INF HCUVA?

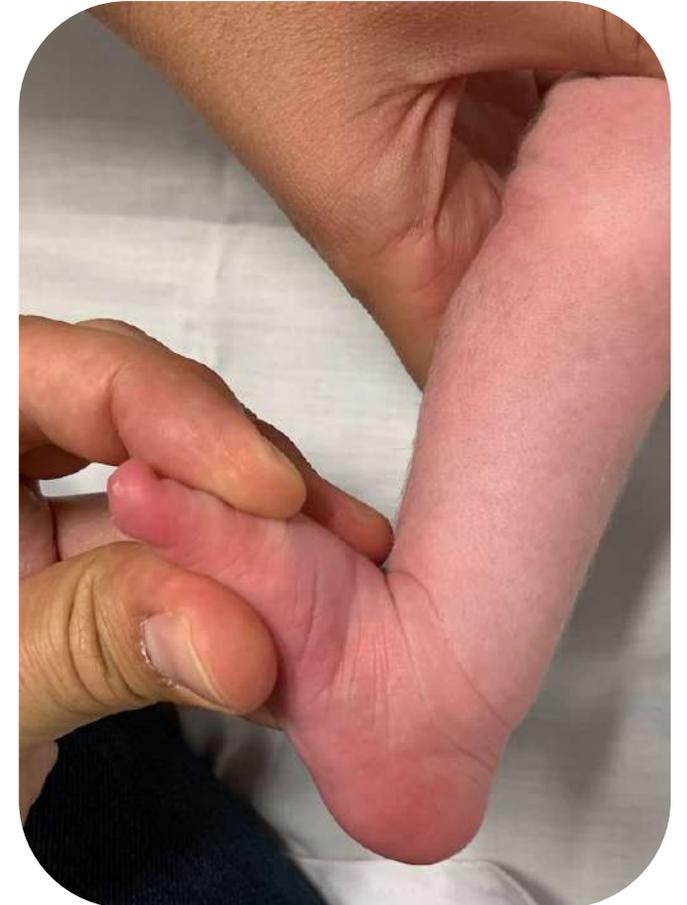
Siempre
Problemas con yeso u ortesis
Recidivas

¿Cómo?

Con Rx Lateral pies

Metatarso aducto/varo

*Desviación del antepié hacia la línea media (aducción) respecto al retropié que permanece neutro y alineado.
El borde lateral del pie aparece convexo y la cara plantar del pie presenta un aspecto de habichuela
Es bilateral en el 50% de casos*



Metatarso aducto/varo

Metatarso aducto: más frecuente (95%), es una deformidad postural, flexible, corregible de forma completa por manipulación



Metatarso aducto/varo

Metatarso varo: es una deformidad con mayor rigidez y menos flexible. Al realizar abducción del antepié manteniendo fijo el retropié se palpa tenso el abductor del hallux impidiendo la corrección pasiva del pie



Metatarso aducto/varo

tratamiento conservador



Yesos correctores



Ortesis Bebax

Metatarso aducto/varo

tratamiento conservador



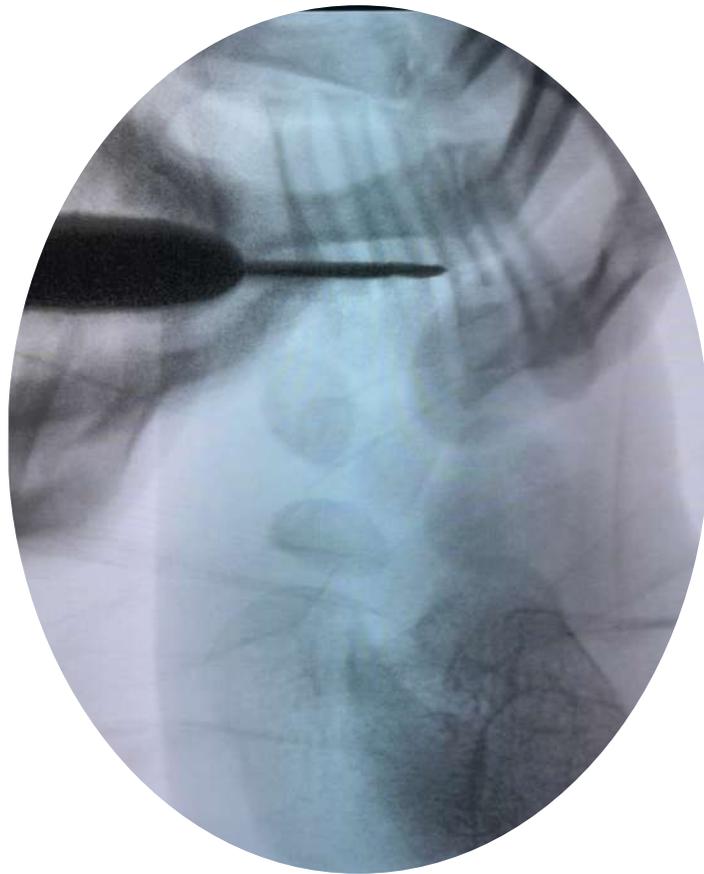
Yesos correctores



Ortesis Bebax

Metatarso aducto/varo

tratamiento quirúrgico



Metatarso adductus – Cahuzac percutáneo

Metatarso aducto/varo

tratamiento quirúrgico



Metatarso adductus – Cahuzac percutáneo

Metatarso aducto/varo

¿Cuándo derivar a TRA INF HCUVA?

*No reductible
Recidivas*

¿Cómo?

Con Rx DP pies en > 6 mes

Deformidades congénitas antepié

Polidactilia

Duplicación de todo o parte de un dedo del pie

Puede asociar sindactilia. Puede afectar a pies y manos.

Preaxial (borde medial), Central, Postaxial (borde lateral)

Tratamiento quirúrgico si presenta dificultad para adaptarse al calzado o alteración estética importante



Polisindactilia preaxial



Polidactilia postaxial

Deformidades congénitas antepié

Polidactilia

Duplicación de todo o parte de un dedo del pie

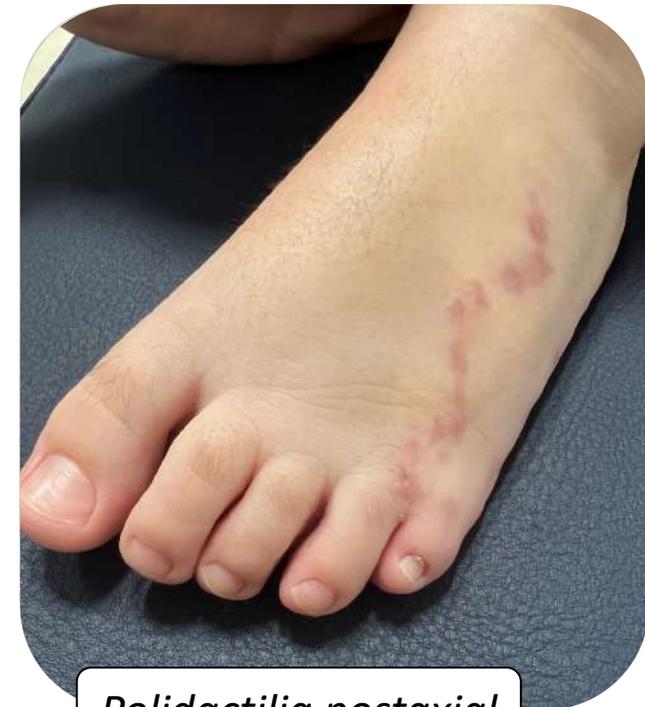
Puede asociar sindactilia. Puede afectar a pies y manos.

Preaxial (borde medial), Central, Postaxial (borde lateral)

Tratamiento quirúrgico si presenta dificultad para adaptarse al calzado o alteración estética importante



Polisindactilia preaxial



Polidactilia postaxial

Deformidades congénitas antepié

Sindactilia

Fusión del hueso o la piel en los dedos del pie
1/2000 RNV

Factor familiar hereditario (AD) o asociarse a síndromes: Apert, Down, Klippel-Feil.

Más frecuente es entre el segundo y tercer dedo del pie.

Simple (unión solo de tejido blando) y Complejo (si hay fusión ósea).

Tratamiento: observación, Quirúrgico si alteración estética o de adaptación del calzado o primer espacio.



Sindactilia 1-2



Sindactilia 2-3



Deformidades congénitas antepié

Sindactilia

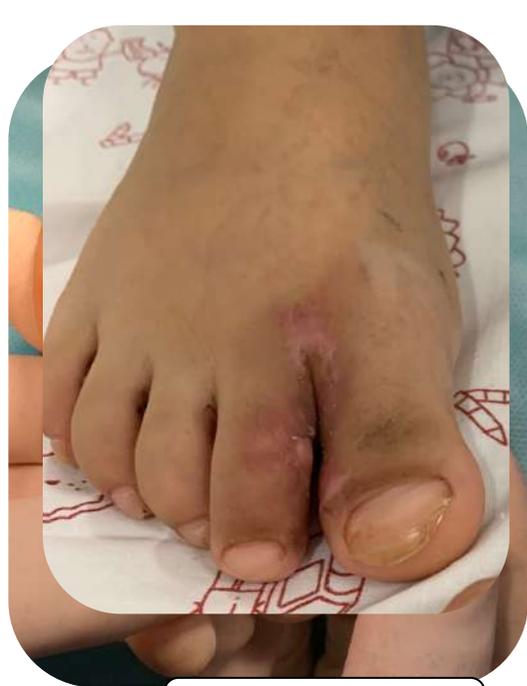
Fusión del hueso o la piel en los dedos del pie
1/2000 RNV

Factor familiar hereditario (AD) o asociarse a síndromes: Apert, Down, Klippel-Feil.

Más frecuente es entre el segundo y tercer dedo del pie.

Simple (unión solo de tejido blando) y Complejo (si hay fusión ósea).

Tratamiento: observación, Quirúrgico si alteración estética o de adaptación del calzado o primer espacio.



Sindactilia 1-2



Sindactilia 2-3



Deformidades congénitas antepié

Macroductilia

Aumento progresivo congénito de todos los tejidos mesenquimales (huesos y tejidos blandos) de un radio (dedo y metatarsiano), de forma proporcional o no, tanto en longitud como en grosor, comenzando distalmente y extendiéndose proximalmente de forma variable. Es más frecuente en el 2º radio .

Tratamiento quirúrgico si no es posible adaptar el calzado y para mejorar la estética.

Importante informar de que el aspecto nunca será completamente normal y de que pueden ser necesarias varias cirugías a lo largo del crecimiento.



Deformidades congénitas antepié

Ectrodactilia

Pie hendido.

Rara deficiencia congénita de uno o más de los radios centrales del pie

Desde un simple aumento en la profundidad de la comisura digital hasta la típica hendidura central en el pie

Aislada o asociada a paladar hendido, labio leporino, mano hendida y pulgar trifalángico.

Tratamiento conservador: adaptación del calzado

Tratamiento quirúrgico: perjuicio estético. Cierre de hendidura



Deformidades congénitas antepié

Ectrodactilia

Pie hendido.

Rara deficiencia congénita de uno o más de los radios centrales del pie

Desde un simple aumento en la profundidad de la comisura digital hasta la típica hendidura central en el pie

Aislada o asociada a paladar hendido, labio leporino, mano hendida y pulgar trifalángico.

Tratamiento conservador: adaptación del calzado

Tratamiento quirúrgico: perjuicio estético. Cierre de hendidura



Deformidades congénitas antepié

Braquimetatarsia

Acortamiento anormal de uno o más metatarsianos mayor de 5 mm respecto a la parábola metatarsal.

El 4º metatarsiano es el más frecuentemente

Congénita, postraumática, iatrogénica. Aislada o asociarse a diversos síndromes (Apert, Pfeiffer...)

Tratamiento: adaptación del calzado. Tratamiento quirúrgico: si perjuicio estético o metatarsalgia.

Técnica: Alargamiento óseo



Deformidades congénitas antepié

Braquimetatarsia

Acortamiento anormal de uno o más metatarsianos mayor de 5 mm respecto a la parábola metatarsal.

El 4º metatarsiano es el más frecuentemente

Congénita, postraumática, iatrogénica. Aislada o asociarse a diversos síndromes (Apert, Pfeiffer...)

Tratamiento: adaptación del calzado. Tratamiento quirúrgico: si perjuicio estético o metatarsalgia.

Técnica: Alargamiento óseo



Deformidades congénitas antepié

Braquimetatarsia

Acortamiento anormal de uno o más metatarsianos mayor de 5 mm respecto a la parábola metatarsal.

El 4º metatarsiano es el más frecuentemente

Congénita, postraumática, iatrogénica. Aislada o asociarse a diversos síndromes (Apert, Pfeiffer...)

Tratamiento: adaptación del calzado. Tratamiento quirúrgico: si perjuicio estético o metatarsalgia.

Técnica: Alargamiento óseo



Deformidades congénitas antepié

Alineación congénita en varo del hallux sobre M1
Cordón medial en lugar del abductor del hallux
Puede asociarse a epífisis en corchete longitudinal
Dificultades para el calzado
Tratamiento quirúrgico

Hallux varus congénito



Deformidades congénitas

¿Cuándo derivar a TRA INF HCUVA?

*Sindactilias 2-3 y braquimtt cuando sean sintomáticas o perjuicio estético
El resto... SIEMPRE*

¿Cómo?

Con Rx DP pies > 18 mes

Hallux valgus juvenil

Desviación en valgo del hallux $> 15^\circ$ y una prominencia medial (bunion) de la cabeza del primer metatarsiano con placas de crecimiento abiertas en el momento del diagnóstico
Predominio sexo femenino. Calzado no es la causa de la deformidad.



Hallux valgus juvenil

La Rx DP y Rx L de ambos pies en carga es la única exploración complementaria necesaria.



Hallux valgus juvenil – HV interfalángico

La Rx DP y Rx L de ambos pies en carga es la única exploración complementaria necesaria.



Hallux valgus juvenil – HV interfalángico

La Rx DP y Rx L de ambos pies en carga es la única exploración complementaria necesaria.



Hallux valgus juvenil – HV interfalángico

Tratamiento conservador: acomodación del calzado con puntera ancha.

Correctores de la deformidad sin evidencia de evitar la progresión y mal tolerados por los pacientes.

Controvertido cuándo indicar la cirugía (mayor tasa de recidiva si se realiza cuando el paciente aún está en crecimiento, por lo que si la deformidad es tolerable se prefiere esperar al cierre fisario).



Hallux Valgus Juvenil

¿Cuándo derivar a TRA INF HCUVA?

Dolor

Dificultad para calzado

Nunca por estética

Progresión

¿Cómo?

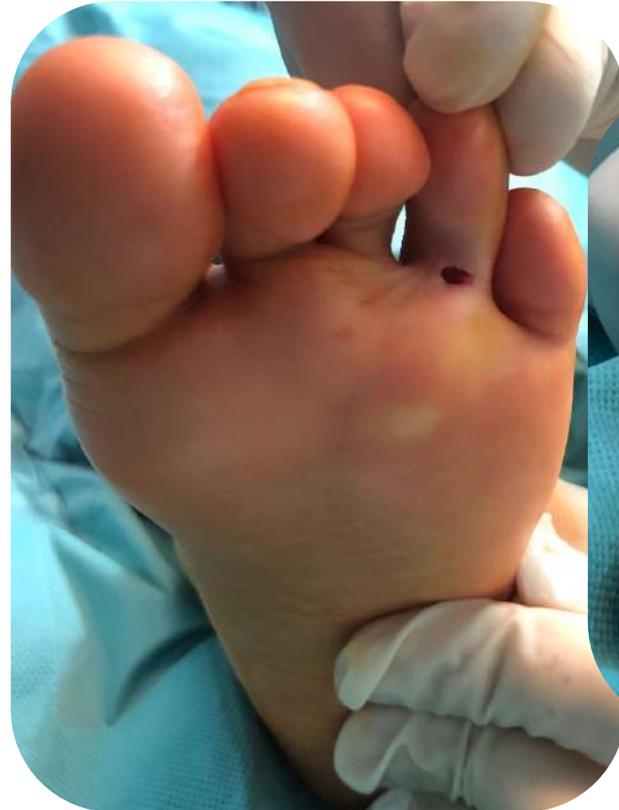
Con Rx DP y lateral pies en carga

Deformidades de los dedos menores – Curly toe

Deformidad congénita con flexión, adducción y rotación externa de uno o más dedos (más frecuentemente el 4º) con acortamiento del FDL

La mayoría de casos se resuelven de forma espontánea, de forma completa o parcial.

En los casos sintomáticos se recomienda la tenotomía percutánea del FDL



Deformidades de los dedos menores – Dedo maza, garra, martillo

Dedo maza: Flexión IFD. Frecuente en 2º dedo

Dedo martillo: Flexión IFP y extensión IFD.

Dedo garra: Flexión de IFP e IFD. Si afecta a todos los dedos descartar enf neurológica – pie cavo

Tratamiento en general: adaptación calzado, correctores, ejercicios

Tratamiento quirúrgico: tenotomías



Estiramiento manual de flexores

Deformidades de los dedos menores – 5º supraductus

Deformidad congénita con desviación dorsomedial del quinto dedo a nivel de la MTF en varo, rotación externa y dorsiflexión que hace que el quinto dedo se superponga por encima del cuarto.

Alteración en la formación de la comisura con contractura capsular dorsomedial y acortamiento del tendón extensor.

No suele corregirse con el crecimiento. Si dificulta el calzado → tratamiento quirúrgico: tenotomía/colgajo



Deformidades de los dedos menores

¿Cuándo derivar a TRA INF HCUVA?

Dolor

Dificultad para calzado

Nunca por estética

Progresión

¿Cómo?

Con Rx DP y lateral pies en carga



Unidad Pie y Tobillo HCUVA

Gracias por su atención

 dripgarciapanos@gmail.com

 [@dripgarciapanos](https://twitter.com/dripgarciapanos)

 [@dripgarciapanos](https://www.instagram.com/dripgarciapanos)



Unidad COTI HCUVA