

TRATAMIENTO DEL "PIÉ-BOT" CONGENITO, EN SU FORMA MAS COMUN

Se llama "pié-bot" a una actitud viciosa y permanente del pie que le impide descansar sobre los puntos de apoyo normales.

Esas actitudes varían y con ellas los puntos de apoyo: así en la variedad más común y a la que quiero limitar mis observaciones, el "pié-bot varus equino", el apoyo se hace sobre el borde externo y en parte sobre el dorso del pie según el grado de la desviación, mientras que en la forma opuesta, "talus valgus", el apoyo corresponde al talón y a la parte interna del pie. Las formas a que he aludido son formas mixtas, es decir, que en ambas hay una combinación en diversos grados de las formas puras: "talus" y "equino". En la práctica las variedades mixtas son las más frecuentes y de ellas la que descuella es la llamada "pié-bot varus equino". Quiero hacer la salvedad de que si uso palabras ajenas a nuestra terminología castellana, eso depende de que nos hacen falta algunos tecnicismos o el uso ha dado sanción a determinados vocablos como "pié-bot", término de uso corriente. En estas líneas, no tomo en cuenta más que la forma más común: el "pié-bot varus equino" en lo que atañe a su tratamiento, es decir, que no pretendo ahondar en el terreno escabroso de la génesis aún borrosa del pie-bot, pues eso equivaldría a transcribir las ideas que a ese propósito se han publicado, sino exponer el acervo de mi modesta experiencia en los casos de ésta índole. Cuando se tiene en las manos un "pié-bot varus equino", se advierte, aparte del tamaño pequeño del pie una desviación que puede descomponerse en tres elementos: el "varus" o aducción, la supinación y el equinismo. Pues bien, cuando se trata de corregir la desviación del pie, es preciso atacar uno después de otro los elementos componentes de la posición viciosa. Por regla general, se ataca primero la aducción y para eso, conviene saber que esa actitud obedece a un movimiento de lo que los franceses llaman "avant-pied" y que nosotros llamaríamos pie anterior o parte anterior del pie, hacia adentro, en relación con la parte posterior del mismo; ese movimiento tiene como centro la articulación y la manipulación regional para corregirlo consiste en llevar la parte anterior del pie hacia afuera haciendo virar en torno de la articulación medio-tarsiana.

Prácticamente se consigue la corrección apoyando el borde exter-

no del pie sobre la arista roma de un objeto y haciendo presión con una mano sobre la parte anterior del borde interno y con la otra sobre la parte posterior del mismo borde, como si se tratase de abrir la articulación medio-tarsiana y de dar a la parte posterior del pie una dirección opuesta a la primitiva, es decir, una posición en "valgus".

La supinación, que en realidad es una torsión del pie, lleva el borde interno hacia arriba y el externo que va a servir de apoyo hacia abajo, haciendo que la planta mire en virtud de los dos movimientos combinados, supinación y aducción hacia adentro y hacia atrás y no pocas veces también hacia arriba en deformaciones acentuadas o como acontece cuando la marcha ha realizado mayores desperfectos en la arquitectura ósea del pie. La corrección de este movimiento se realiza por una acción inversa y proporcionada al grado de la torsión y para llevarla a cabo se afianza con una mano todo el pie anterior y con la otra el calcaneo y los maleolos; entonces la primera levanta el borde externo del pie y abate el interno hasta colocarlos, si es posible, en el mismo plano, mientras que la mano que sostiene los maleolos sujeta el extremo inferior de la pierna y evita así un desprendimiento de la epifisis tibial.

En cuanto al "equinismo" que es una extensión forzada y permanente del pie, se contraría por un movimiento de flexión proporcionado a la desviación, pero con la condición de que el movimiento se realice tomando como centro de acción la articulación tibio tarsiana. En la ejecución el riesgo del desprendimiento epifisario es todavía mayor y por eso se aconseja sujetar con mayor fuerza el extremo inferior de la pierna. ¿Las maniobras a que me he referido bastan para obtener una corrección perdurable? Generalmente no. La edad, sin embargo, influye muy principalmente en los resultados: en las primeras semanas y aun en los primeros meses de la vida la corrección es más fácil y más duradera, pero a medida que pasa el tiempo y sobre todo a la edad en que el niño marcha, las resistencias se hacen poco a poco invencibles y el concurso de la cirugía parece inexcusable. Los factores de toda desviación congénita del "pié-bot" son primórdialmente las aponeurosis, los ligamentos, los tendones y después las deformaciones de los huesos, cuyo desarrollo tiene que ser necesariamente anormal solicitados por fuerzas extrañas que aparte de deformarlos llegan a luxarlos parcialmente: acontece que el astrágalo se halla en parte fuera de la muesca que aloja su polea, el calcaneo invierte su posición hasta apoyarse sobre su cara externa y el escafoide se mueve hacia adentro

y hacia arriba descubriendo en parte la cabeza del astágalo; estos cambios de posición, causan necesariamente atrofias e hipertrofias de los huesos, las primeras allá donde se marcan las nuevas presiones y las segundas en las partes libres en que los huesos crecen a su arbitrio. Estas consideraciones en que he hecho notar las deformaciones de los huesos como fenómenos consecutivos y de agravación indudable, explican, en primer lugar, la conveniencia de iniciar los tratamientos, si es posible, acto continuo al nacimiento o en los primeros días de la vida y segundo, la simplicidad comparativa de los métodos aconsejados en esa edad y los empleados después, cuando los huesos han participado en la configuración anormal del pie y sobre todo, después de que la marcha ha puesto su sello definitivo a las irregularidades huesosas. Descritas las manipulaciones en uso para la corrección del "pié-bot" reciente, quiero hacer hincapié en algunos detalles de orden quirúrgico indispensables para asegurar el éxito futuro del tratamiento. En efecto, acontece a menudo que cuando se piensa en un resultado perdurable, la reincidencia acaece en época más o menos remota y es que la hiper-corrección indispensable en todos los casos, ha sido deficiente porque a ella se oponen resistencias que es indispensable destruir. En primer término, el tendón de Aquiles como factor de oposición a la corrección del equinismo reclama la tenotomía o su alargamiento. A mi modo de ver la conducta más obvia aunque menos usada consiste en alargar en vez de cortar a ciegas el tendón y las ventajas son varias: en primer lugar, el alargamiento se hace en proporción del equinismo o en otros términos, la longitud que se da al tendón va de acuerdo con la corrección que se pretende obtener; además, como la intervención se practica a la vista, allá en el fondo se descubren y seccionan las fibras del ligamento tibio-astragaliano, elemento de resistencia que muy a menudo conviene seccionar para completar el beneficio de la tenotomía o del alargamiento del tendón.

Hago hincapié en el corte de aquel ligamento por la importancia que tiene en los resultados y la frecuencia con que se omite su ejecución. Tal es la conducta, que con algunas variantes se usa en el tratamiento del "pié-bot varus equino" antes de que los huesos sufran la modelación viciosa que acaece con el tiempo y sobre todo con el apoyo del pie.

A mi parecer, la conducta que he detallado amerita algo más para asegurar el éxito definitivo de la curación: me refiero a una pequeña operación que los americanos llaman "Fasciotomía" y que consiste en

hacer el corte de la aponeurosis plantar interna. Pues bien, en varios casos, ni la corrección forzada del pie complementada por la Fasciotomía plantar y la tenotomía del tendón de Aquiles aseguran una corrección impecable y caben los temores de una futura reincidencia. En circunstancias parecidas, se practica una operación sencilla de resultados inmejorables y que consiste en cortar el ligamento lateral interno de la articulación del cuello del pie; dicho ligamento llamado también "Cleltoideo" en vista de su forma, parte del maleolo interno, abre sus fibras a la manera de un abanico y va a insertarse en el astrágalo, en el "sutentáculum tali" del cacaneo y en el escafoide; pues bien, la sección de sus fibras permite la corrección del pie, y así se ve cómo giran la cabeza del astrágalo y el escafoide ejecutando, después del corte, iguales maniobras a las ya descritas para corregir la aducción; ahora bien, el ligamento deltoideo es un elemento importante de la estructura del pie y por eso conviene cuando se ha hecho la corrección rehacer aunque sea parcialmente el ligamento suturando las extremidades del corte. En resumen, aparte de las maniobras triviales de corrección que anoté a grandes rasgos, mi empeño en esta breve disertación es poner de resalto la utilidad de operaciones poco usadas en México para obtener la corrección definitiva del "pié-bot" sin recurrir después a los aparatos ortopédicos que a la vez que complican la vida del niño reclaman asiduos y escrupulosos cuidados de parte de sus familiares. En efecto, estoy persuadido de que salvo casos muy contados en que se inician las maniobras de corrección a muy temprana edad, es decir, en las primeras semanas y acaso en los primeros meses y los cuidados sucesivos a la intervención se llevan a cabo con larga y paciente constancia, tarde o temprano la reincidencia es inevitable. Repeticiones de esta índole me sugirieron la idea de poner en práctica las intervenciones a que he aludido y que son la Fasciotomía plantar interna, el corte del ligamento del toideo y la tenotomía o de preferencia el alargamiento proporcionado del tendón de Aquiles. Estoy cierto de que estos recursos evitan casi seguramente las reincidencias sin el uso de maniobras y aparatos cuya duración va más allá de los límites de la paciencia; además se borra la perspectiva de operaciones mutilantes: osteotomías, resecciones, etc., que son inevitables cuando el niño rebasa las fronteras de la primera infancia y cuyos resultados son a las veces muy aleatorios.

México, octubre de 1932.

R. Rojas Loa.

COMENTARIOS

Dr. Julián Villarreal.—El trabajo del Dr. Rojas Loa es muy importante porque se refiere a una de las lesiones graves de las criaturas y cuando se trata de corregir fuera de tiempo se fracasa y los hace desgraciados durante toda su vida de manera que cuanto se haga para remediar estos defectos es muy loable y tal como presenta el asunto el doctor Rojas Loa indudablemente que anima a hacer un tratamiento en que él obtiene tan buenos resultados. Ojalá que algunos de los casos que a él le han tocado tratar nos lo trajera a la Academia porque indudablemente se trata de una afección sumamente grave y difícil. Albee dice que el tratamiento debe iniciarse al acabar de nacer el niño. Si hay una presentación de pies aconseja que antes de nacer el niño se le examine y se comience desde luego el tratamiento si se observa el defecto. Jubby asegura que el tratamiento activo hace ceder el mal pronto, pero la vigilancia y el cuidado deben ser por años. La operación a que se refiere el Dr. Rojas Loa puede ser objeto de un tratamiento en cuatro o cinco semanas pero para evitar la reincidencia se necesitan años de vigilancia y cuidado y es muy difícil llevar a un buen estado el pié de una criatura si se le abandona después de la operación. Más resultado puede obtenerse con vigilancia que con la misma operación si después se abandona y deja de cuidarse el pié tratado. Indudablemente que esto no es difícil de tratar en el primer momento y cabe pensar que pudiera obtenerse éxito procediendo en la forma que señala el Dr. Rojas Loa o con una operación de Phelp. Por otra parte no basta hacer la sección de la aponeurosis plantar sino que también hay que proceder a la de los músculos abductor del dedo gordo y flexores corto y largo de los dedos y tendones de los tibiales a fin de hacer la corrección completa. Se extiende el pié poniéndose en la posición correcta y se llena el hueco con gasa yodoformada y después de 3 o 4 meses de curaciones y quedando una cicatriz amplia en el pié, todavía no se alcanza a darle la posición correcta. El ligamento deltoide seccionado puede facilitar el desenrollamiento del pié en niños que no son mayores de $2\frac{1}{2}$ a 3 años y un cirujano americano Ober, realizaba la sección de este ligamento haciendo una incisión al nivel del maleolo inferior del pié, llama incisión en forma de anzuelo para poder hacer la sección de las dos capas de ligamento deltoide, cortar las fibras del tendón del tibial anterior la del tibial posterior y los ligamentos calcaneo-escafoides superior e inferior en los niños que no pasan de 2 años y medio son suficientes estas

incisiones, pero por poco que el pié bot se encuentre en una criatura mayor o que la desviación haya reincidido, entonces hay que repetir la intervención llevando la acción sobre los huesos. Otro cirujano americano, Hoke, llevaba las intervenciones no sólo sobre la articulación media tarsiana sino también sobre la articulación de los metatarsianos haciendo la incisión de las cabezas de estos, los cuneiformes, cuboide calcáneo y astrágalo; cuando hay una lesión hipertrófica que no permita que quepa en la muesca tibiotarariana, hace una operación que consiste en la extirpación lateral externa del astrágalo. No puede decirse, por otra parte que haya un tipo de intervención, para tratar esto es necesario ver el grado de torción en que está el pié, la edad de la criatura y tener un gran empeño y un gran cuidado para poder realizar la rectificación de un pié de bot; yo he hecho varias intervenciones de éstas y en algunos casos he obtenido éxito y en otros en que los padres no tuvieran la constancia de llevar a la criatura a que se le siguiera tratando, hubo reincidencias sumamente serias. Conocí una criatura de 6 años, hijo de un árabe acomodado que padecía de pié varus equin doble, desde luego le dije que era muy tardado el tratamiento, que la operación requería 2 meses y además seguirle vigilando durante mucho tiempo, no menos de 1 año o 2, pero no me volvieron a ver, y como 4 o 5 años después me visitó la esposa de este señor con el niño a quien ya habían llevado a New York donde le trataron en un Hospital para inválidos pero con tan poco resultado que la criatura tenía la piel pegada a los huesos y se veían salientes los tendones como las cuerdas de la planta del pié, los tendones extensores desaparecidos, la deformidad y la desviación del pié peor que en la primera vez que lo ví. De manera que cuando se lleva la acción sobre los huesos pueden venir perturbaciones que agraven el estado del enfermo, esta es una operación delicada de especialistas, pero que cirujanos cuidadosos y aptos pueden emprender. Celebro mucho que el Dr. Rojas Loa haya traído éste trabajo porque hace ver lo necesario que es llevar un auxilio a estos desafortunados afectados de pié zambo.

Dr. Mario Torroella.—Felicito muy calurosamente al Dr. Rojas Loa por este trabajo y pienso que los tratamientos que consisten en atacar las partes blandas directamente, responden a la ley de las presiones recíprocas y ya se sabe que cuando se quita la presión al hueso puede desarrollarse con más facilidad y poner los órganos en sus dimensiones casi normales. Yo encuentro una dificultad, de que en los tratamientos que requieren una vigilancia constante, asidua, de parte del médico, el

éxito resulta más difícil porque los padres abandonan el asunto. Yo de una manera general recorro en estos casos al procedimiento sangrante; este es un procedimiento que el Dr. Urrutia nos enseñó en la clase y he alcanzado con él resultados satisfactorios, encontrándome luego con que esta técnica salvo una incisión cutánea, es la que ví aplicar años después a Ombredanne y que vimos después en los libros. Yo ví a Urrutia operar por este método y después lo he hecho yo mismo con éxito; además, quiero hacer esta pregunta: Casi siempre los niños que padecen pié bot presentan un genu recurvatum y no sé si serán fases del desarrollo, pero yo he encontrado esto muy frecuentemente y he entendido que se acentúa un poco más con la intervención.

Dr. Rojas Loa.—Agradezco muy sinceramente los comentarios que han hecho a mi trabajo los Dres. Villarreal y Torroella y respecto a la interrogación del último debo manifestar que si él ha encontrado que el genu recurvatum se asocia a este padecimiento no sé si es una desviación o deformidad independiente de la lesión o es que los niños que presentan una deformidad presentan varias, pero el hecho es que he encontrado esta deformidad asociada al pié bot casi indefectiblemente y me inclino a creer que se presenta como sucede cuando hay deformidades de los niños, simplemente por concurrencia. Respecto de la intervención creo que es la tarsectomia, la que ha citado el Dr. Torroella. Yo tenía una sala en el Hospital General y el Dr. Urrutia siendo director del establecimiento operaba allí en la forma señalada por el Dr. Torroella, pero yo debo decir sin que ésto constituya una censura ni una crítica, que yo no ví en esas operaciones un gran éxito y por eso me inclino a hacer la operación como lo indico en mi trabajo, lo más temprano posible. El Dr. Castañeda recordará la intervención de una niña de 14 años que me ayudó a operar y fué preciso entonces llegar a la cirugía por exceso de edad de la paciente. De todas maneras yo creo que es preferible no hacer mutilaciones en cierta edad; pasados los límites de ella, el cirujano se ve compelido a hacer intervenciones de más cuantía, pero de cualquiera manera, yo insisto en que en los casos que ví al Dr. Urrutia no hubo gran éxito. Naturalmente que yo entonces apenas comenzaba y admiraba y reconocía su gran prestigio pero no pude encontrar en sus intervenciones tan buenos resultados como suponía.

Dr. ROJAS LOA

RESUME

Dans l'étude qui précède, le Dr. Rojas Loa aborde le traitement du pied bot varus echine, d'accord avec les enseignements de son expérience personnelle.

Il signale les éléments de la dérivation, adduction, supination et echinisme comme points principaux pour la correction, l'importance des articulations medioarssiennes et tibioarssiennes comme axes pour les mouvements nécessaires, et les précautions indispensables pour éviter la séparation épiphysaire pendant les manoeuvres.

Celles-ci ne suffisent pas si l'on intervient quand l'enfant marche déjà, et alors les facteurs sont: les aponevroses, les ligaments, les tendons et les déformations et changements de position des os.

Dans ces conditions, le Dr. Rojas Loa pratique la Fasciotomie plantaire interne, la coupure du ligament deltoïde et la ténotomie,, ou bien de préférence l'allongement proportionnel du tendon d'Achille.

De cette façon on évite presque sûrement les réindidences et même l'emploi d'appareils, et on efface la perspective d'opérations mutilatoires.

Dr. ROJAS LOA

SUMMARY

Dr. Rojas Loa refers to the treatment of clubfoot, varus echine, in accordance with the teachings of his personal experience.

He points out the elements of deviation, adduction, supination and echinism, as central points for the correction, the importance of the mediotarsal and tibio-tarsal articulations as axes for the necessary movements, and the precautions indispensable to avoid the epyphysoniary partition during the manipulations.

These are not sufficient if the intervention is made when the child already walks; then the factors are: the aponeurosis, the ligaments, the tendons and the deformations and changes of position of the bones.

In these conditions, Dr. Rojas Loa practises the internal Fasciotomy of the sole, the cutting of the deltoid ligament and the tenotomy, or preferably the proportionned lengthening of the Achilles' tendon.

In this way reincidences are almost surely avoided, and also the use of apparatus, and the perspective of mutilating operations are forgotten.