

## Tratamiento del pie adducto en los niños pequeños (\*)

Por el Dr. JUAN FARILL,  
académico de número

El pie adducto o metatarso varus es una deformación que consiste en la aproximación acentuada de la parte anterior del pie hacia la línea media. Los padres que llevan a sus hijos a los consultorios para ser tratados, generalmente se quejan con el médico en los términos de que "meten el pie hacia adentro al caminar".

Esta posición del antepié, si es ligera y no se acompaña de pronación del talón, debe estimarse como fisiológica y en este caso desaparece antes de los cinco años de edad. Se le toma, en su origen, como una reliquia de la función prehensil del dedo grueso. La adducción fisiológica debe considerarse como útil para la marcha, y generalmente se acompaña de rotación interna de la tibia que desaparece también a la misma edad.

Cuando se encuentra exagerada, es debida a la compensación paradójica de un pie plano valgus, o es la secuela de un pie varus equino congénito ya tratado, o es de origen paralítico, y es indispensable que merezca la atención terapéutica, pues constituye una entidad patológica.

Independientemente de su exageración aparente por la rotación interna de la tibia o por la predominancia de los rotadores internos de la cadera, debe tomarse como el resultado de la acción exagerada, pero equilibrada entre sí, de los músculos tibiales anterior y posterior y de los tres interóseos plantares externos, mayor que la de sus antagonicos. El acortamiento del aparato ligamentoso y las deformaciones osteo-articulares son casi siempre consecutivas a la acción muscular.

En los casos de pie plano-valgus, el niño frecuentemente camina con el pie en adducción, pisando sobre su borde externo para compensar la deformación original y evitarse el estiramiento de las estructuras del lado interno.

Basta en estos casos, por lo demás muy frecuentes, tratar la

(\*) Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 14 de agosto de 1946.

pronación del calcáneo y dar soporte al arco longitudinal, para que desaparezca la adducción.

Cuando se trata de pie adducto paralítico debe contrarrestarse la acción de los adductores por medio de aparatos ortopédicos ambulatorios que corrijan esa posición. En los niños más grandes se debe pensar en ocasiones en intervenciones operatorias.

El pie adducto grave es en la mayoría de los casos la reliquia de un pie varus-equino congénito curado. Esta deformación se va instalando paulatinamente al dejar al niño sin corrección, a pesar del calzado ortopédico.

En otras ocasiones en que también es grave, su origen es congénito y debe pensarse en que de hecho se trata de pie varus equino frustro.

El tratamiento en estos dos últimos casos es de los más difíciles, por lo que a ellos va dirigido principalmente este trabajo. Se han propuesto como medidas principales para llevarlo a cabo la elevación de la suela y del tacón en el lado externo, la reeducación de la marcha, la manipulación, el uso del zapato en tal forma que el izquierdo vaya en el pie derecho y viceversa, el sentarse con las rodillas en varus y con los pies planos, y, como una medida realmente útil, los ejercicios en patines.

Con excepción del patinaje, de la corrección de la suela y de la reeducación, que recomendamos, las demás medidas son de hecho inútiles y poco prácticas.

A pesar de su frecuencia, esta deformidad ha merecido poca atención cuando no es grave, en parte debido a nuestra impotencia para tratarla bien, aun quirúrgicamente, en los niños pequeños. Se puede afirmar que la mayoría de los médicos que atienden a estos niños lo hacen de poco grado; y sólo para evitarse el tener que abandonar el caso, se ven forzados a recomendar medidas que de antemano saben inútiles, como la mayoría de las anunciadas, por no haber otras. Aun en las monografías del pie apenas si se conceden a esta condición unas líneas.

La preocupación de los padres en los casos graves congénitos y la responsabilidad del médico para prevenirla o curarla, principalmente en los casos ya tratados de pie varus equino, hicieron al autor desarrollar la técnica que describe en seguida.

**Férula nocturna de argollas y elástico FARILL.**—En los niños

menores de un año, cuando el pie varus equino congénito se encuentra hiper-correcto, se recomienda que el paciente use en las noches una plantilla de cartón fuerte, recortado según el contorno de la parte anterior a su pie (fig. 1-a), sostenida con tela adhesiva "ZO" no impermeable, en cuyo borde externo, cerca del extremo distal del 5o. metatarsiano y asegurada con la misma tela, se fija una argolla metálica, por la que se pasa una banda de hule que se va a fijar a otra sujeta también con tela adhesiva abajo de la cabeza del peroné (fig. 1-b). El elástico tenso produce una posición de valgus y dorsiflexión del pie (fig. 2). A medida que los músculos peroneos adquieren fuerza y pueden mantener activamente la posición del pie, y siempre que éste no pierda su blandura, se irá retirando el uso de este aparato de argollas. En las mañanas se quita la tela adhesiva limpiando con éter sulfúrico el pie antes del baño del niño. Usa el autor en la actualidad en vez del cartón una plantilla de aluminio (fig. 3), que contornea el borde interno del pie hasta la cara dorsal, sobre la cabeza del primer metatarsiano, y que tiene adaptada con una tirilla de cuero la argolla en su borde externo; plantilla que se fija con tela adhesiva y que se conecta con un elástico (a) a la otra argolla en la pierna, como ya se explicó. Al comenzar a caminar el niño, puede cambiarse este dispositivo por la férula nocturna que en seguida se describe.

**Férula nocturna con plantilla articulada, del autor.**—Esta deformación, cuando es la reliquia del pie-varus-equino-congénito, a pesar de su rebeldía se puede vencer gracias al uso del aparato de Dennis-Browne que corrige la supinación, el equinismo y la rotación interna, adicionado de la plantilla articulada del autor para producir la abducción del antepié (fig. 4). Consiste ésta en una placa de aluminio o latón con un gozne en su centro y una llave en su parte inferior, con una cremallera que produce la abducción del antepié (fig. 5-b). La mitad posterior, de bordes metálicos y con puño de piel, se adapta al talón y al tobillo y se asegura por su parte inferior a una solera metálica con el otro pie (fig. 6), pudiendo fijarse en la rotación externa deseada, con una mariposa que la sostiene en una de las perforaciones (fig. 5-a); y en la pronación requerida (fig. 7) por la flexión de seno superior (a)

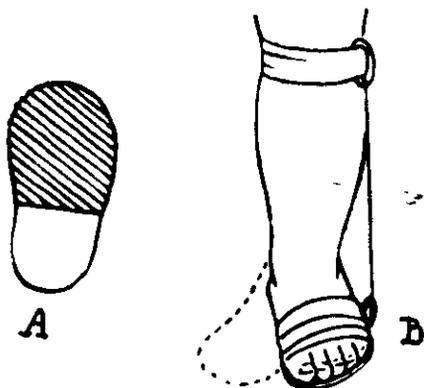


Fig. 1.—Férula nocturna de argollas con plantilla de cartón fuerte (A) que se fija con tela adhesiva y se une por medio de un elástico a otra argolla para producir una posición talus-valgus

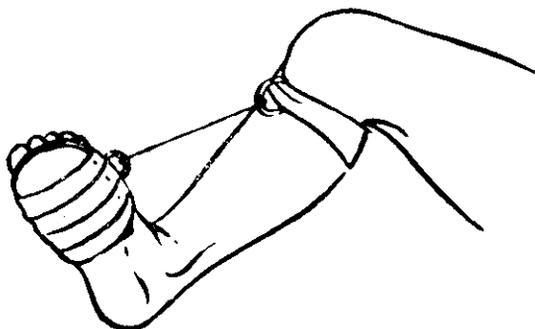


Fig. 2.—Efecto de la férula anterior.

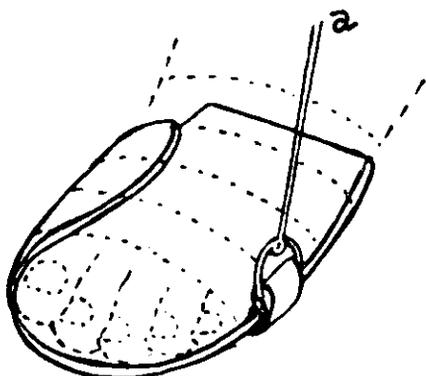


Fig. 3.—La misma férula, metálica, con borde que contornea el primer metatarsiano.

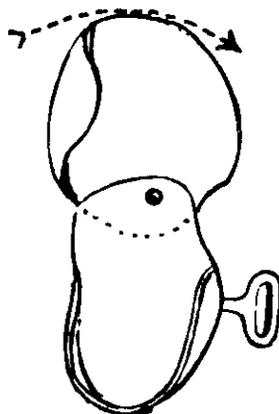


Fig. 4.—Plantilla articulada para producir la abducción del antepié con el borde que se adapta al borde interno de él.

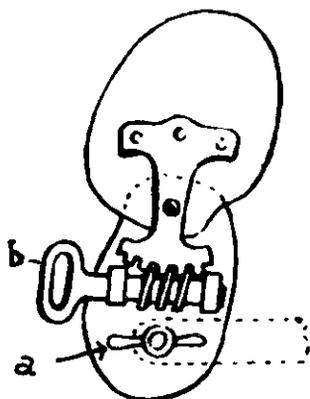


Fig. 5.—La misma plantilla. Véase la mariposa (a) para fijarla en la rotación deseada y la llave de la cremallera para la abducción (b).

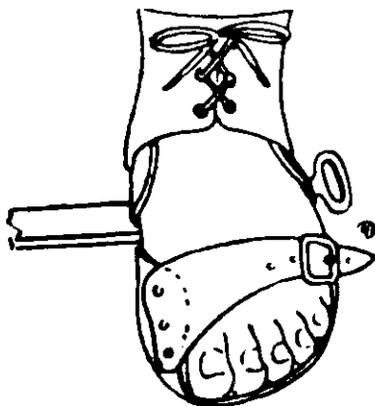


Fig. 6.—Modo de fijar la plantilla al pie.

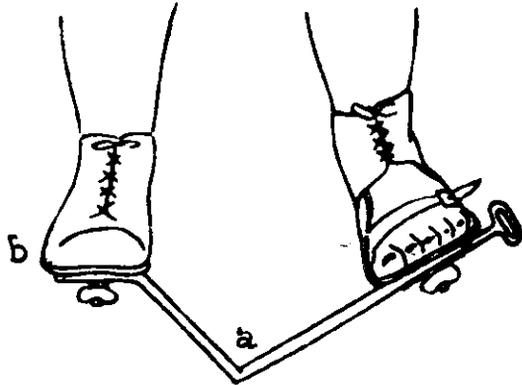


Fig. 7.—La plantilla en la férula de Dennis-Browne para uso nocturno. La angulación (a) de la barra determina la pronación del pie. En este caso el pie derecho sano (b) está en posición normal.

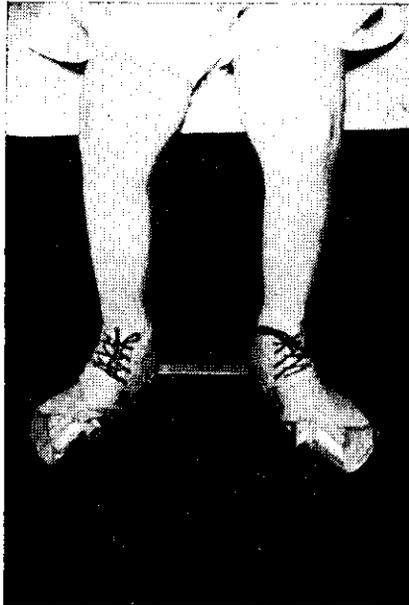


Fig. 8.—Corrección en abducción únicamente.

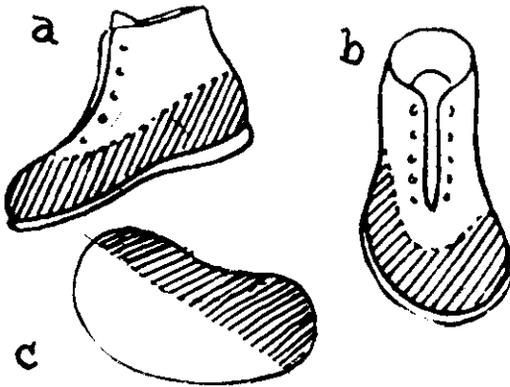


Fig. 9.—Calzado ortopédico para pie izquierdo. Contrahorte interno (a); forma del zapato en abducción (b) y suela externa (c).

que se da a la barra en su centro (fig. 7-a). Cuando el otro pie está sano se fija sobre el tacón de un zapato cómodo, de preferencia usado, dejando a éste en posición neutra (fig. 7-b). La parte anterior, movable con la cremallera, se sujeta al antepié por otra tira de cuero y por el borde metálico que lo contornea sobre el metatarso en su parte interna (figs. 4 y 6). Cuando no hay supinación, rotación interna ni equinismo sólo se modifica la aducción (fig. 8). A medida que se produce la mejoría se va retirando su uso.

**Calzado ortopédico** (fig. 8).—Es de recomendarse el uso de borceguíes de suela fuerte con el antepié en abducción (b) con contrahorte interno rígido (a) y con suela externa. (c).—En los casos más graves se debe prescribir el tacón de Thomas externo o una entresuela metálica, que vaya de la parte posterior e interna del talón (c) hacia el quinto dedo, para hacer rígida la parte externa del pie hasta el talón y obligar a caminar al niño con los pies en abducción.

**Aparatos ortopédicos ambulatorios.**—Los considera el autor no sólo inútiles sino nocivos, ya que no sólo no pueden tratar la deformación intrínseca del pie sino que al producir una rotación externa del miembro enmascaran el metatarso varus.

Los resultados que se han tenido al poner en práctica las técnicas descritas han sido satisfactorias completamente, más entre más pequeño es el niño y más cooperación prestan los padres. La falta de ésta y el empleo de aparatos defectuosos son las causas del retardo de la curación. El médico debe vigilar periódica y estrictamente a estos pacientes.

