


**ANEXO 0.9**  
**GUÍA PARA EL MANEJO DE PIE PLANO FLEXIBLE PEDIÁTRICO**

	<p align="center"><b>GUIA PARA EL MANEJO DE PIE PLANO FLEXIBLE PEDIÁTRICO</b></p> <p align="center">Dirección Médica</p> <p align="center"><b>Código: G DM CE-09</b></p>	Página 2 / 3 Versión 01 Fecha: 27/04/10
		Emitido a: Procesos misionales

## 1. DEFINICIÓN

El pie plano es una de las más comunes condiciones vistas en la práctica ortopédica pediátrica. La primera prioridad es separar aquellos niños con dolor e incapacidad futura de aquellos con pronóstico benigno

El pie plano es un término genérico poco preciso que se utiliza para describir cualquier cuadro del pie en el que el arco longitudinal es demasiado bajo o desaparece. Al término pie plano se le agregan adjetivos como rígido o flexible, estático o paralítico, congénito o adquirido. La aparente sencillez del término es engañosa y a veces culmina en el diagnóstico equivocado en un gran número de niños con pie normal de aspecto plano; por esto es de suma importancia ser exacto en la terminología usada. El pie plano flexible es aquel ocasionado por hiperlaxitud ligamentaria y en el que se ha descartado otra causa

## 2. ETIOLOGÍA E HISTORIA NATURAL

Aunque la historia natural del pie plano es desconocida, los diferentes estudios demuestran que los niños con pie plano son generalmente asintomáticos cuando son adultos. El desarrollo del arco ocurre con el crecimiento y no está relacionado con el uso de soportes externos o zapatos. La prevalencia del pie plano decrece con el incremento de la edad. A pesar de que la causa del pie plano es desconocida, se concluyó que el soporte del arco longitudinal es ligamentario y sólo actúa el componente músculo-tendinoso cuando es sometido a cargas pesadas. Además de lo anterior se ha encontrado la asociación familiar.

## 3. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Por norma, estos niños son asintomáticos y la consulta se presenta por preocupación de los padres debido al aspecto de los pies y al desgaste de los zapatos; en niños de mayor edad y especialmente aquellos con sobrepeso o que son sometidos a largas caminatas puede referirse dolor y fatiga.

La deformidad básica es la depresión del arco longitudinal. Este arco no está presente al nacimiento y lentamente se desarrolla alrededor de los 5 años. En el pie plano flexible, como su nombre lo indica, no existe deformidad fija; en el apoyo bipodálico durante la marcha, el pie asume la postura en valgo, pero, cuando no soporta peso, tiene contorno y arco normales. Cuando se le solicita al niño asumir la postura en punta de pies, se observa corrección y el talón se desplaza a un leve varo.

Los zapatos también deben evaluarse: la zona del talón se encuentra desplazada lateralmente y la suela desgastada medialmente.

La evaluación del patrón de marcha, la columna vertebral y las extremidades inferiores en su totalidad, permite descartar otras causas del pie plano.

## 4. DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO


Las radiografías son raramente indicadas en un paciente asintomático. Si se decide tomarlas, deben ser con soporte de peso. Varios ángulos han sido descritos, pero ninguno ha probado ser reproducible. El hallazgo más importante es en la proyección lateral, trazando una línea por el eje longitudinal del talo, escafoides y primer metatarsiano que debe ser recta. Cuando hay alteración, se forma un ángulo entre el talo y el primer metatarsiano (Angulo de Meary).

## 5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Deformidad calcáneo-valgo: especialmente en neonatos
- Talo Vertical Congénito
- Escafoides Accesorio

Elaboró: Pedro González Cargo: Dirección Médica	Revisó: Myriam González Cargo: Dirección General	Aprobó: Lina María Africano Cargo: Facilitadora de Calidad
Fecha elaboración: 26/04/10	Fecha revisión: 27/04/10	Fecha aprobación: 27/04/10

- Coalición Tarsiana

	<b>GUIA PARA EL MANEJO DE PIE PLANO FLEXIBLE PEDIÁTRICO</b>  Dirección Médica	Página 3 / 3 Versión 01 Fecha: 27/04/10
	<b>Código: G DM CE-09</b>	Emitido a: Procesos misionales

- Pie Plano Miopático
- Insuficiencia Tibial Posterior
- Pie Plano Espástico
- Otros

## 6. CLASIFICACIÓN

Según su intensidad se divide en tres categorías:

- A. **Leve o Primer grado:** en la posición bipodálica se deprime el arco, pero aún es visible al permanecer de pie el niño. Angulo de Meary de 0° a 15°.
- B. **Moderado o Segundo grado:** falta el arco longitudinal completo. Angulo de Meary de 15° a 30°.
- C. **Severo o Tercer grado:** el arco no está presente, el borde interno del pie está convexo y la cabeza del talo presiona la parte plantar del pie. Angulo de Meary mayor de 30°.

## 7. TRATAMIENTO

El de grado leve no necesita ningún tratamiento

En todos los casos se debe explicar el curso benigno de la entidad a los padres y/o familiares.

Si aparece dolor debe descartarse otra causa del pie plano o dolor referido de otro sitio.

Se han utilizado muchas formas de tratamiento que van desde los ejercicios, pasando por las botas correctoras, tacón de Thomas, Thomas invertido y actualmente ortesis con realces internos en el talón y soporte de arco longitudinal.

En estudios biomecánicos se ha encontrado que las cuñas mediales cambian el área de carga, haciéndola más cercana a lo normal.

Se han realizado estudios comparando la utilización de zapatos y plantillas en los que se demuestran los mismos resultados: no hay influencia sobre el curso e historia natural del pie plano flexible.

Carecen de utilidad terapéutica ejercicios como flexionar los dedos, agarre de objetos con los dedos o caminar en punta de pies.

Como regla general la fórmula de las plantillas debe incluir: realce interno en talón de 1mm por cada año de edad y soporte escafoideo de 3 mm por cada año de edad.

Estos factores hacen que esta sea una de las fracturas que más polémica genera debido a la variedad de posibles manejos y la gran diferencia de resultados en estudios.

A pesar de que no se ha demostrado influencia de las plantillas en el curso del pie plano, si se ha encontrado alivio del dolor, mejoría leve en la marcha y mejor posicionamiento del pie en el calzado.

El tratamiento quirúrgico está raramente indicado, ya que este no altera el curso natural de la enfermedad.

Las indicaciones de tratamiento quirúrgico son: Dolor que no responde al tratamiento conservador, presencia de callosidades y dificultades con el calzado.

Una vez se decide el tratamiento quirúrgico debe escogerse entre transferencias tendinosas, artrodesis u osteotomías.

## 8. PRONÓSTICO

Como ya se ha dicho, el curso y pronóstico es benigno. Las complicaciones son raras, excepto aquellas ocasionadas por tratamientos quirúrgicos mal indicados o por información errónea o no suministrada a los padres