

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE
LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

ABORDAJE DIAGNÓSTICO DEL
PIE PLANO
EN NIÑAS/NIÑOS Y LAS/LOS
ADOLESCENTES EN EL PRIMER NIVEL
DE ATENCIÓN

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-779-15

Avenida Paseo de la Reforma 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, México D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social**, “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
2015

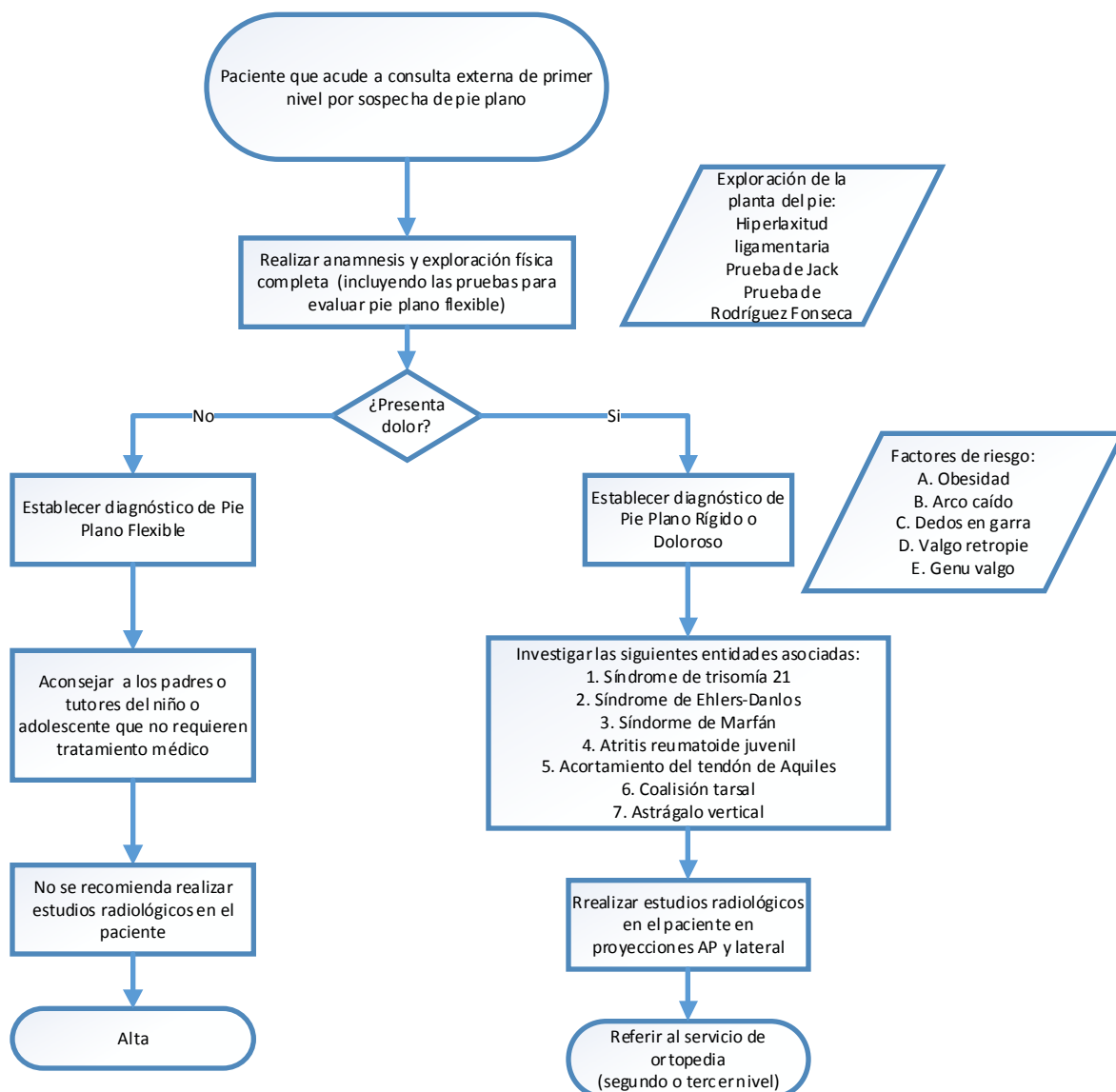
La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Abordaje Diagnóstico del Pie Plano en Niñas/ Niños y las/los Adolescentes en el Primer Nivel de Atención**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **“Evidencias y Recomendaciones”** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

ISBN en trámite

1. DIAGRAMAS DE FLUJO



2. FACTORES PREDISPONENTES

Recomendación Clave	GR*
Se recomienda identificar la desaparición o no formación del arco plantar en niñas/niños y las/los adolescentes.	C
Se recomienda que al realizar la exploración inicial en niñas/niños y las/los adolescentes, se valore la presencia de hiperlaxitud ligamentaria y sobrepeso (Fotos 1 y 2).	C
Se recomienda investigar la presencia de aplanamiento del arco longitudinal del pie, así como alteraciones en la movilidad del pie y el tobillo en niñas/niños mayores de 3 años y las/los adolescentes, identificando limitaciones y la presencia de dolor.	C
Se recomienda tranquilizar a los padres o tutores a cerca de la ausencia del arco plantar, siendo frecuente en la edad de la infancia y adolescencia, así como mencionarles que se formará el arco durante el crecimiento y desarrollo del paciente. Por lo que no requiere de ninguna modalidad de tratamiento.	C
Se recomienda interrogar a cerca de antecedentes de Síndrome de Down (trisomía 21), Síndrome de Ehlers-Danlos y Síndrome de Marfan.	C
Identificarse los casos de pie plano rígido o doloroso, generalmente asociados a enfermedades neuromusculares, coalición tarsiana, astrágalo vertical congénito, artritis reumatoide juvenil o cualquier patología con afectación a la movilidad del pie y del tobillo.	C
Se recomienda identificar intencionadamente en los casos de pie plano doloroso y particularmente en mujeres la presencia de sobrepeso, genu valgo, valgo de retropie, pronación del antepié y dedos en garra.	C

*Grado de Recomendación

DIAGNÓSTICO

Recomendación Clave	GR*
<p>Se recomienda en el examen clínico, la búsqueda intencionada de datos específicos; mediante las siguientes dos modalidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> Examen de la planta del pie sin apoyo: <ul style="list-style-type: none"> Zonas o puntos dolorosos en la planta del pie y el tobillo. Inspección articular: limitación al movimiento del pie y tobillo generado por el paciente sin apoyo. Inspección morfológica: búsqueda de deformidades simétricas o asimétricas. Inspección cutánea: hiperqueratosis (callos y juanetes), resultado de sobrepoyo que condiciona trastorno al estar de pie y en la marcha (Foto 3). Examen de la planta del pie con apoyo (bipedestación): <ul style="list-style-type: none"> Valoración estática: evaluar la deformidad (aplanamiento del arco longitudinal plantar, prominencias óseas, y posición del talón en valgo o varo) [Fotos 4, 5, 6, 7 y 8]. Valoración de la flexibilidad del arco. Valoración del paciente apoyado en las puntas de los pies que aumenta la bóveda plantar (Foto 9). Valoración de la marcha: identificar la presencia de zonas dolorosas o dificultad para la deambulación. 	C
<p>Se recomienda realizar pruebas de confirmación diagnóstica para demostrar pie plano flexible o alguna otra condición patológica como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> La Prueba de Jack: valora la flexibilidad del pie y la integridad ligamentaria (Fotos 10, 11 y 12). La prueba de Rodríguez Fonseca: demuestra lesión del tendón tibial posterior y la presencia de la malformación congénita conocida como coalición tarsal (Fotos 9, 13 y 14). 	C
<p>Se recomienda durante la exploración física identificar acortamiento del tendón de Aquiles y movilidad normal del pie.</p>	C
<p>Para la evaluación en plantoscopia se recomienda colocar al paciente de espaldas al explorador, con los pies en apoyo bipodal y separados al menos 15 cm.</p>	C
<p>Durante la evaluación en plantoscopia se recomienda identificar la ausencia de los arcos plantares, deformidades óseas, hiperqueratosis y desviaciones en valgo o varo del retropie (Fotos 15 y 16).</p>	C
<p>Clasifique el tipo de pie plano en (Cuadro I):</p> <ul style="list-style-type: none"> Pie plano flexible. Pie plano flexible con tendón de Aquiles corto. Pie plano rígido. 	C

*Grado de Recomendación

Se recomienda no realizar estudios radiográficos en los pacientes que presentan datos de pie plano flexible y en los casos donde se documente la presencia de pie plano doloroso solicitar estudios radiograficos en proyecciones dorsoplantar y lateral con apoyo de ambos pies (Fotos 17 y 18).	C

REFERENCIA

Recomendación Clave	GR*
<p>Se recomienda enviar al servicio de Ortopedia a los pacientes que presenten alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pacientes con trisomía 21. Síndrome de Ehlers-Danlos. Síndrome de Marfán. Pacientes con pie plano rígido o doloroso secundario a un acortamiento o espasticidad del tendón de Aquiles (asociado o no a enfermedad neuromuscular). Coalición tarsiana. Astrágalo vetical o congénito. Artritis juvenil. Cualquier patología que afecte la movilidad de la articulación sub-astragalina. Escafoides accesorio. 	C
<p>Aconsejar a los padres o tutores, no utilizar zapatos ortopédicos, ortesis o programas de ejercicios en las niñas y los niños o las/los adolescentes para el desarrollo del arco longitudinal debido a que no existe evidencia con calidad que demuestre beneficio o corrección del pie plano flexible.</p>	B C

*Grado de Recomendación

3. CUADROS Y FIGURAS

Cuadro 1.

CLASIFICACION DEL PIE PLANO

Datos clínicos.

Pie plano flexible:

- Generalmente asintomático, el arco se abate al explorar.
- El arco aparece al tener el pie sin apoyo, aparece el arco al pararse en las puntas de los pies.
- Movilidad del pie y el tobillo completas e indoloras.

Pie plano flexible con talón de Aquiles corto:

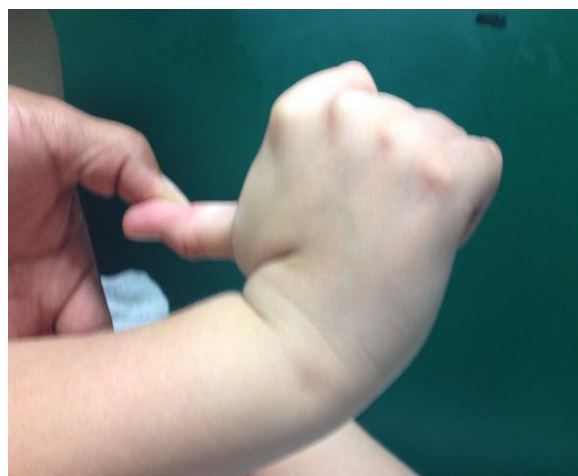
- Limitación de la dorsiflexión del tobillo (< 15 grados).
- Sensación de cansancio con actividad física. Dolor en pantorrilla o tobillo.
- Talón horizontal

Pie plano rígido:

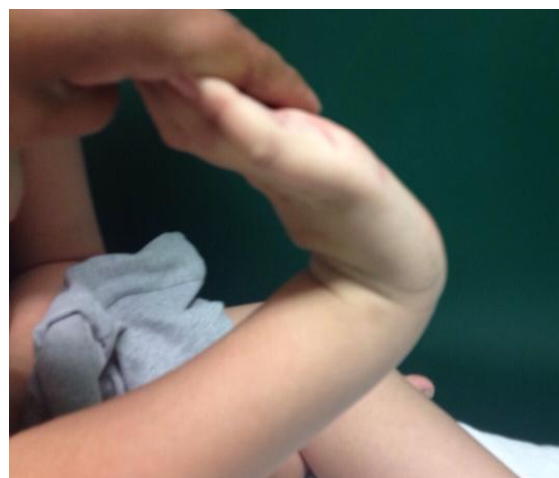
- Coalición Tarsiana
- Astrágalo Vertical.

Martínez LAG, et al. 2009.

Fotos 1 y 2. Hiperlaxitud ligamentaria



1



2

Foto 3. Exploración plantar sin apoyo



3

Fotos 4, 5, 6 7, 8 y 9. Exploración plantar con apoyo



4



5



6



7



8



9

Fotos10, 11 y 12. Prueba de Jack

Pie plano flexible



10



11

Pie plano doloroso rígido



12

Fotos 13 y 14. Prueba de Rodriguez Fonseca.



13



14

Fotos 15 y 16. Evaluación con plantoscopio.

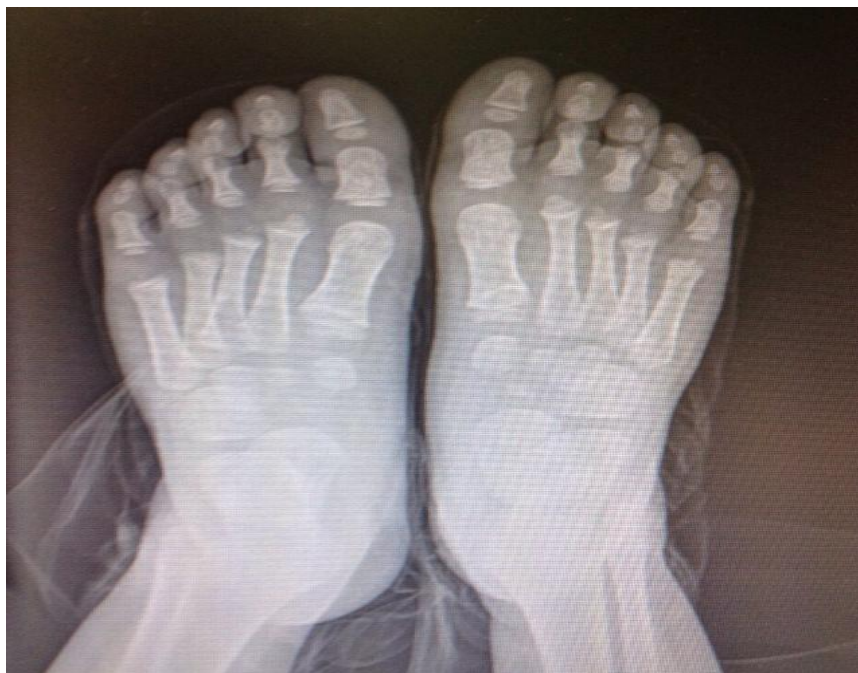


15



16

Foto 17 y 18. Estudios radiográficos indicados en casos de pie plano doloroso dorsoplantar y lateral con apoyo.



17



18

Archivo fotográfico personal del grupo de expertos que desarrollo la presente GPC