

HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE "WILLIAM SOLER"

Tratamiento del pie varo equino congénito por la técnica de Turco. Estudio de varios casos

Por el Dr.:

JOSE MANUEL GONZALEZ GIL*

y los coautores:

OLIMPIA GOIZUETA ASCO**, Dr. RAUL TOLEDO REQUENA***, Dr. JORGE MUSA PEÑA*,
Dr. LUIS FELIPE LLOPIS LOPEZ* y Dr. VICENTE LOPEZ BALDA****

González Gil, J. M. y otros. *Tratamiento del pie varo equino congénito por la técnica de Turco. Estudio de varios casos.* Rev Cub Ped 54: 6, 1982.

Se hace un estudio de los resultados obtenidos en 39 pacientes que presentaban pie varo equino congénito, en los cuales se utilizó la técnica de Turco; de estos casos, 19 lo presentaban en ambos pies, para un total de 58 pies operados. Los casos elegidos fueron de edades comprendidas entre los diez meses y los seis años, aunque la mayoría se encontraba por debajo de los dos años.

INTRODUCCION

Entre los talipes que usualmente atendemos en el diario bregar de nuestro trabajo, el pie varo equino ocupa un lugar destacado. Tan antigua como la vida misma, esta enfermedad ha tenido muchos y muy variados métodos de tratamiento, tanto conservadores como quirúrgicos, cada uno de los cuales ha contado con calurosos defensores.

A lo largo de la historia, frecuentes han sido los casos de recidivas, lo cual ha motivado la búsqueda incesante de un método idóneo que evite la recurrencia de alguna de las tres deformidades que componen la enfermedad, a saber, el adductus, el varo y el equino. Así, ha surgido una

* Especialista de I grado en ortopedia y traumatología del hospital pediátrico docente "William Soler". Instructor del ISCM-H.

** Alumna ayudante de ortopedia y traumatología. Quinto curso de medicina, ISCM-H.

*** Especialista de I grado en ortopedia y traumatología del hospital pediátrico docente "William Soler". Profesor auxiliar del ISCM-H.

**** Especialista de I grado en ortopedia y traumatología del hospital pediátrico docente "William Soler".

técnica quirúrgica que, aunque es algo compleja, llena bien su cometido. Nos referimos a la técnica de Turco.

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron las historias clínicas de todos los casos que presentaron pie varo equino congénito que fueron operados entre los años 1977 y 1980 en el Hospital pediátrico "William Soler", 39 casos en total. Se chequearon, desde el punto de vista clínico-radiológico, todos los casos operados después de lo cual se confeccionaron cuadros estadísticos con los datos de mayor interés como número de pacientes, edades, pies afectados, complicaciones o recidivas, etc. Se revisó la bibliografía al respecto y se establecieron conclusiones.

Por la importancia de la técnica, debido al alto valor que le concedemos, y para dar una somera y apretada idea de la misma, haremos un esbozo de los pasos más importantes que la componen.

Técnica

Previa colocación de un manguito neumático, se realiza una incisión en la cara interna del pie, de 8 a 9 centímetros de longitud, que comienza en la base del primer metatarsiano y continúa posteriormente hasta el tendón de Aquiles, curvándose debajo del maléolo tibial.

Se exponen los tendones tibial posterior, flexor largo de los dedos, flexor largo del hallux, tendón de Aquiles y el paquete vasculo nervioso. Se inciden las vainas de todos estos tendones, las cuales se encuentran contracturadas. Para movilizar el escafoides es necesaria la escisión del nudo de Henry, estructura fibro cartilaginosa que envuelve a los tendones flexores mencionados a su paso por debajo del escafoides.

Después de realizar lo ya mencionado, la escisión del resto de las estructuras contracturadas, se realizará en tres etapas, como describiremos a continuación:

1. *Liberación posterior.* Consiste en la elongación del tendón de Aquiles en Z y la sección de la cápsula posterior y demás ligamentos involucrados en el equinismo.
2. *Liberación interna.* En este paso se seccionará el tendón tibial posterior a un centímetro aproximadamente por encima del maléolo interno, y también las estructuras contracturadas, incluyendo el ligamento en resorte.
3. *Liberación subastragalina.* Aquí seccionaremos los ligamentos interóseos astrágalo-calcáneos bajo visión directa al igual que el ligamento en Y, lo cual permite una mayor movilización del escafoides. Se secciona entonces la porción del tibial posterior unida al escafoides.

Una vez efectuados estos pasos, se corregirá la deformidad y se fijará el escafoide al astrágalo con un alambre de Kirschner de 0,25 mm y el calcáneo al astrágalo con otro similar. Se suturará entonces el tendón de Aquiles seccionado, se aproximará el tejido celular subcutáneo y se suturará la piel. Se inmovilizará el miembro con un enyesado desde el muslo hasta el pie con dorsiflexión de éste y ligera flexión de rodilla.

A las seis semanas se retirará el mismo, se quitarán los puntos, y se colocará otro enyesado similar, que a su vez, será retirado al cumplirse los cuatro meses después de la operación. Se extraerán entonces los alambres de Kirschner; desde este momento, el paciente comenzará a usar una barra de Dennis Brown para dormir, por un año, y zapatos pronadores para deambular, por dos años.

RESULTADOS

El cuadro I muestra que el rango de edades osciló entre diez meses y seis años, estando entre 10 y 23 meses la mayor cantidad, con un total de 28 casos para el 71,8%.

En el cuadro II se observa en cuanto al lado afectado, que 19 lo estuvieron de un solo pie y 20 en ambos, lo que hace un total de 58 pies afectados y operados.

En lo referente a la evaluación, 55 pies se observaron corregidos clínicamente y 53 radiológicamente. La diferencia entre estas dos cifras estuvo dada por dos casos que tuvieron una disminución del ángulo astrágalo calcáneo, pequeño, sin traducción clínica (cuadro III).

Los casos con deformidades fueron tres, de ellos con metatarso adductus corregido inicialmente, pero que recidivó, y un caso con tobillo valgum por error en los pasos de la técnica, al resultar lesionado el fascículo profundo del ligamento deltoideo (cuadro IV).

CUADRO I

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES POR GRUPOS DE EDAD

Edad	Número	%
10-23 meses	28	7,8
2-3 años	8	20,5
4-5 años	2	5,1
6 años	1	2,6
Total	39	100

CUADRO II
CASOS OPERADOS DE ACUERDO CON EL PIE AFECTADO

	Número	%
Derecho	7	18,0
Izquierdo	13	33,3
Ambos pies	19	48,7
Total de pies operados	58	

Nota: por ciento obtenido sobre la base de 39 casos.

CUADRO III
RESULTADOS OBTENIDOS EN EL MOMENTO DE LA EVALUACION

	Número	%
Deformidades corregidas clínicamente	55 pies	94,8
Deformidades corregidas radiológicamente	53 pies	91,4

Nota: por ciento obtenido sobre la base de 58 pies operados.

CUADRO IV
DEFORMIDADES APARECIDAS EN EL POSOPERATORIO (CLINICAS Y RADIOLOGICAS)

	Número	%
Metatarso adductus	2	3,4
Tobillo valgum	1	1,7
Total	3	5,1

Nota: por ciento obtenido sobre la base de 58 pies operados.

DISCUSION

El pie varo equino congénito es una combinación de deformidades: adductus, varo y equino,¹ cada una de las cuales como tal, en un pie aislado, pudiera constituir un motivo de preocupación; de ahí que combinadas conformen una enfermedad de difícil tratamiento.² En la práctica diaria no son infrecuentes las recidivas, cosa que desconcierta al cirujano si éste no es de gran experiencia.

Acorde con lo planteado por *Garceau*,³ en todos nuestros casos se utilizó el tratamiento previo con enyesado, y sólo cuando éste fracasó, se decidió el tratamiento quirúrgico, siempre por la técnica de *Turco*.⁴

En general, casi todas las técnicas quirúrgicas conocidas tienen como común denominador la actuación sobre el tendón del tibial posterior, el cual, por sí sólo, puede provocar las tres deformidades de que consta el pie varo equino.⁵ Generalmente, se encuentra este tendón engrosado en su inserción en el escafoides y envía expansiones a los huesos vecinos.

En ocasiones, ha sido necesaria la combinación de dos técnicas en un solo tiempo quirúrgico o se han sucedido varias en diferentes tiempos con el fin de tratar de corregir el defecto. Ello de por sí nos da una idea de lo complejo de esta lesión y de su evolución posoperatoria. Lo cierto es que después de revisar todas las técnicas, aun las que creemos más recomendables, entre ellas la de *Turco*,⁴ existen recidivas; ahora bien, cuando hemos examinado retrospectivamente los casos operados, y específicamente los que han tenido recidiva, hemos observado que son aquéllos en los cuales existía un hipodesarrollo de las estructuras óseas detectado radiológicamente desde el inicio del tratamiento en los primeros días de nacido; y es precisamente ahí donde pensamos que está el secreto de la recidiva; en un trastorno en el crecimiento y desarrollo normal del esqueleto del pie, que en ocasiones también afecta a la pierna, más que en una relación anatómica anómala entre ellos. Al actuar quirúrgicamente se trabaja sobre las articulaciones tratando de alinear los huesos, pero aun cuando lo consigamos, si el desarrollo de cada uno de ellos se altera, sobre todo de los que componen la columna interna del pie, esto da al traste con la mejor planeada técnica quirúrgica. Puede una recidiva ser tardía y no aparecer en los primeros meses después de la primera intervención, lo que queda demostrado en estudios anteriores que hemos realizado con los casos operados por otras técnicas, algunos de los cuales han tenido que utilizar seis y hasta siete procedimientos diferentes,⁶ siendo una de las más frecuentes el metatarso aductus, a lo cual, según *Lowe* y *Hannon*,⁷ se le debe prestar gran atención.

Por todo lo antes mencionado, estimamos que al hacer el planeamiento quirúrgico debe elegirse para la enfermedad que nos ocupa una técnica que en un solo tiempo corrija todas las deformidades, que actúe sobre la totalidad de las articulaciones y estructuras tendinosas involucradas.

Después de hacer un recuento de los resultados obtenidos con las diversas técnicas utilizadas, hemos observado que los casos con mejor evolución han sido los tratados por la técnica de *Turco*, aun aquéllos con tras-

tornos del desarrollo del esqueleto, todo lo cual queda evidenciado por la exigua cantidad de casos con recidivas o enfermedad residual, no obstante tener ya algunos cuatro años de operados, y los que menos, hace ya dos años que se les intervino (figura 1-5).



Figura 1.
Caso No. 1 antes de ser operado.



Figura 2.
Caso No. 1 después de ser operado.



Figura 3.
Caso No. 2 antes de ser operado.



Figura 4.
Caso No. 2 después de operado.

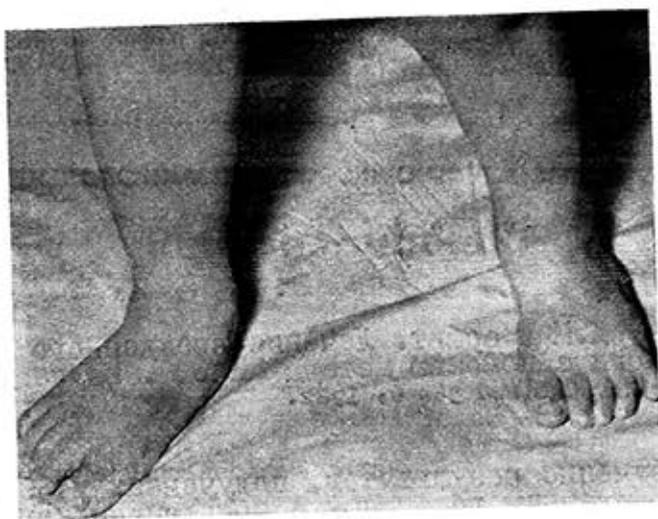


Figura 5.
Caso No. 2 después de operado.

CONCLUSIONES

Por los resultados obtenidos con la técnica de Turco, aplicada en el pie varo equino congénito, en pacientes de diez meses a seis años, estimamos que es ésta altamente recomendable, aunque por su complejidad debe ser manejada por manos expertas.

SUMMARY

González Gil, J. M. et al. *Treatment of congenital talipes equinovarus by Turco technique. Study of several cases.* Rev Cub Ped 54: 6, 1982.

A study is carried out of results obtained in 39 patients with congenital talipes equinovarus, to whom Turco technique was applied. Nineteen out of the 39 patients, presented it in both feet for a total of 58 feet being operated. Age within electives cases ranged between 10 months and 6 years, although in majority of them age was under 2 years.

RÉSUMÉ

González Gil, J. M. et al. *Traitement du pied bot varus équin congénital par la technique de Turco. Etude de certains cas.* Rev Cub Ped 54: 6, 1982.

Il s'agit d'une étude des résultats obtenus chez 39 patients qui présentaient pied bot varus équin congénital, chez lesquels l'on a utilisé la technique de Turco; 19 patients présentaient la déformité dans les deux pieds, pour un total de 58 pieds opérés. Les cas choisis étaient âgés entre dix mois et six ans, la plupart se trouvaient au-dessous de l'âge de deux ans.

РЕЗЮМЕ

Гонсалес Гиль, Х.М и соавт. Лечение врожденного лошадиного искривления ноги с помощью метода Turco . Изучение нескольких случаев. Rev Cub Ped 54: 6, 1982.

Проводится изучение результатов, полученных у 39 больных, страдающих врожденным лошадиным искривлением ноги, лечение которых проводилось с помощью метода Turco . Из всех этих случаев у 19 были поражены обе ноги, что в итоге составляет 58 оперированных ног. Отобранные случаи колебались в возрасте от 10 месяцев до 6 лет, хотя большинство из них приходилось на возраст до 2 лет.

BIBLIOGRAFIA

1. *Zvi Heroid; G. Torok*: Surgical correction of Neglected Club Foot in Older Child and Adult. *J Bone Joint Surg* 57-A. (7): 1385-1395. October, 1973.
2. *Waisbrad, H.*: Congenital Club Foot. An Anatomical Study. *J Bone Joint Surg* 55-B. (4): November, 1973.
3. *Garceu, G. J.; K. R. Manning*: Transposition of the Anterior Tibial Tendon in the Treatment of Recurrent Congenital Club Foot. *J Bone Joint Surg* 29 (4): 1044, October, 1947.
4. *Turco, V.*: Resistant Congenital Club Foot. One Stage Postero-Medial Release with Internal Fixation. *J Bone Joint Surg* 61-A. (6): 805-814. September, 1979.
5. *Fried, A.*: Recurrent Congenital Club Foot. The Role of the M. Tibialis Posterior in Etiology and Treatment. *J Bone Joint Surg* 41-A. (2): 243-252. March, 1959.
6. Trabajo presentado en la "Jornada Científica Estudiantil". Hospital "Frank País", Ciudad de La Habana: "Tratamiento del pie varo equino congénito por métodos quirúrgicos. Estudio de una casuística". Junio, 1981.
7. *Lowe, L. W.; M. A. Hannon*: Residual Adduction of the Forefoot in Treated Congenital Club Foot. *J Bone Joint Surg* 55-B. (4): 909-813. November, 1973.

Recibido: 26 de febrero de 1982.

Aprobado: 14 de marzo de 1982.

Dr. José M. González Gil
Servicio de Ortopedia
Hospital "William Soler"
San Francisco 10112
La Habana 8.