

CONCLUSIONES. TRATAMIENTO A LA CARTA DEL PIE PLANO (DEFORMIDAD COLAPSANTE PROGRESIVA DEL PIE)

R. Díaz Suárez¹, A. Abarquero Diezhandino¹, A. Núñez García^{2,3},
A. R. Trapote Cubillas⁴

¹ Unidad de Pie y Tobillo. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

² Unidad de Pie y Tobillo. Hospital QuirónSalud Pozuelo. Madrid

³ Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Centro Médico-Quirúrgico Olympia. Madrid

⁴ Unidad de Pie y Tobillo. Complejo Asistencial Universitario de León

11

A lo largo de esta monografía se ha abordado en profundidad la biomecánica subyacente al desarrollo del pie plano, su diagnóstico, su categorización con especial hincapié en la última clasificación, con la introducción de una nueva nomenclatura, y las opciones terapéuticas basadas en la evidencia actual. Este capítulo tiene como propósito principal recopilar y resumir esa información, concentrándola en un “menú a la carta” personalizado para cada paciente, teniendo en cuenta que hay tantos menús como pacientes podemos encontrar en la práctica clínica.

Después de profundizar en la patología de la deformidad colapsante progresiva del pie (DCPP), tenemos claro que el abordaje terapéutico inicial debe ser conservador en todos los casos. Esto incluye el uso de plantillas bien conformadas según la deformidad presente, asociadas con analgesia y modificación de las actividades físicas adaptadas a cada paciente. No obstante, el reto principal radica en determinar el momento adecuado para recurrir a la cirugía y elegir el procedimiento más apropiado para cada caso. Con estas consideraciones finales, buscamos servir de apoyo en esta toma de decisiones, basándonos en la evidencia actual, sin ánimo de sentar cátedra, para que cada profesional “cocine” al gusto de cada paciente.

1. Lo primero de todo hay que partir de un correcto diagnóstico, basándonos en las exploración y pruebas de imagen. Con esto y respaldándonos en la última clasificación, identificamos cómo es el pie plano de nuestro paciente:



<https://doi.org/10.24129/j.mact.1801.fs2603012>

© 2026 SEMCPT. Publicado por Imaidea Interactiva en FONDOSCIENCE® (www.fondoscience.com).

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (www.creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

- a) ¿Qué deformidades están presentes?: A, B, C, D, E.
- b) ¿Las deformidades son flexibles o rígidas?, ¿se pueden corregir con maniobras pasivas y activas?: subgrupos I y II. Teniendo en cuenta que no hay que caer en el error de asociar subgrupo I con preservación articular y subgrupo II con artrodesis necesariamente.
- c) En caso de deformidad rígida instaurada, ¿qué grado de degeneración articular? Una articulación dolorosa y cambios degenerativos instaurados nos pueden orientar hacia la necesidad de una artrodesis.
- d) ¿Cómo están las partes blandas?: tendón tibial posterior, ligamento en hamaca, ligamento deltoideo y sistema gastrosóleo, cuya valoración y tratamiento puede suponer el gesto quirúrgico asociado que nuestro paciente necesita.

2. Una vez estudiado el pie, debemos elegir la estrategia terapéutica quirúrgica individualizada. ¿Qué necesita este pie para ser plantígrado, estable e indoloro?

3. Y, por último, debemos valorar las características del paciente: sintomatología, dolor, funcionalidad y, sobre todo, expectativas. ¿Qué necesita mi paciente?

Debemos aunar los puntos anteriores en una valoración integral para conseguir nuestros objetivos terapéuticos:

- Alivio del dolor.
- Restaurar la alineación funcional del pie para lograr una base plantígrada y estable.
- Recuperar la funcionalidad para su vida cotidiana, adaptada a sus expectativas (deportivas, laborales y recreativas).
- Estabilidad para evitar la progresión de la deformidad.
- Conseguir adherencia al tratamiento.

Como sabemos, las opciones terapéuticas son amplias y nuestro objetivo es encontrar la estrategia quirúrgica que mejor se adapte a cada paciente.

Bajo una metáfora culinaria, hemos dispuesto todo el conocimiento como una carta cuidadosamente elaborada, donde cada opción ocupa su lugar y cada combinación es posible, permitiéndonos crear, con criterio y basándonos en la evidencia, un menú único y a medida para cada paciente.

Menú a la carta

Entrante

(Aplicable a todos los estadios de la DCP)

Tratamiento conservador

Reducción de la carga ponderal, fisioterapia específica, ortesis, infiltraciones, reposo relativo, crioterapia, antiinflamatorios no esteroideos, etc.

Plato principal

(La elección del plato principal depende del patrón deformante y su flexibilidad)

Preservación articular (Osteotomias)

Osteotomía medializadora de calcáneo (efecto Koutsogiannis):

- Corrige la alineación en valgo del retropié.
- Especialmente indicada si la articulación subastragalina es flexible.
 - Recomendable para clase 1A.

Osteotomía de alargamiento de la columna lateral (tipo Evans/Mosca/Hintermann):

- Corrige la abducción de mediopié.
- Especialmente indicada si el abducto es flexible y la cantidad de descubrimiento talonavicular es superior al 40%.
 - Recomendable para clase 1Bl

Osteotomía de Cotton:

- Corrige la supinación o varo del antepié (desciende la columna medial).
- Recomendable para clase C.

Artrodesis**Artrodesis subastragalina:**

- Corrige el valgo del retropié, el colapso del arco medial y la abducción del mediopié.
- Recomendable si hay rigidez o artrosis de la articulación subastragalina asociada a deformidad flexible del mediopié (clase 2A1B).
 - Recomendable en la subluxación periastragalina grave (clase D).

Artrodesis tarsometatarsiana (Lapidus):

- Estabiliza la columna medial del pie y corrige el varo del antepié.
- Recomendable si hay supinación del antepié (clase C), especialmente si hay artrosis sintomática o *hallux valgus* asociado.
 - Sugerencia del chef: puede obtener un "efecto Cotton" añadiendo una cuña de base dorsal.

Artrodesis naviculocuneiforme (NC):

- Restaurar la altura y la alineación de la columna medial cuando el ápex de la deformidad se localiza en dicha articulación.
- Recomendable si hay supinación del antepié (clase C) si Cotton o Lapidus resultan insuficientes. Especialmente recomendada si hay inestabilidad grave NC y/o artrosis sintomática NC.

Doble artrodesis (subastragalina + astragaloescafoidea):

- Recupera el arco plantar y corrige el valgo del calcáneo.
- Recomendable en clase 2ABC, en clase D y si hay artrosis periastragalina.

Triple artrodesis (doble artrodesis + calcaneocuboidea):

- Recupera el arco plantar y corrige el valgo del calcáneo.
- Recomendable en clase 2ABC, en clase D y si hay artrosis periastragalina, asociada a artrosis calcaneocuboidea.

Artrodesis tibiotocalcánea:

- Estabiliza y corrige la deformidad en valgo del retropié.
- Recomendada en deformidad rígida en valgo del retropié con afectación de la articulación tibioastragalina (clase 2E), especialmente si hay artrosis avanzada del tobillo y el retropié, con un Chopart funcional.

Artrodesis pantalar:

- Estabiliza y corrige la deformidad en valgo del retropié y abducto de mediopié.
- Recomendada en la deformidad rígida en valgo del retropié con afectación de la articulación tibioastragalina (clase 2E), especialmente si hay artrosis avanzada del tobillo y el retropié, y degeneración adicional de las articulaciones talonavicular y/o calcaneocuboidea.

Guarnición

En todos los menús se ofrece combinar técnicas para mejorar la estabilidad global del pie. Es posible asociar diferentes osteotomías y artrodesis en un mismo paciente, ya sea en el mismo acto quirúrgico según la valoración intraoperatoria o de forma secuencial si no se ha alcanzado la estabilidad necesaria.

Postre

Partes blandas

Tras el entrante y el plato principal, muchos pies ya quedan plenamente “satisfechos”. Sin embargo, otros necesitan uno o varios postres para completar la experiencia y lograr el equilibrio final. En este momento entran en juego las partes blandas, que actúan como el toque final del menú: no sustituyen al plato principal, pero lo realzan y lo completan. Por ello, su tratamiento siempre debe asociarse a gestos óseos, aportando la estabilidad necesaria para un buen resultado funcional.

Procedimientos sobre el tendón del tibial posterior:

- Sinovectomía, recomendada en clase 1A.
- Tenotomía asociada a transferencia del tendón flexor largo de los dedos (FLD), recomendada si hay abducto significativo de mediopié (clase B) y/o colapso grave periastragalino (clase D).

Reparación/Reconstrucción del ligamento deltoideo:

- En cualquier clase o estadio, debe valorarse la competencia del deltoideo y tratarla si es insuficiente.
- Recomendada cuando existe inestabilidad peritalar medial (clase D), inclinación en valgo del astrágalo o atenuación/desgarro significativo del deltoideo (clase E de la DCPP).
- Recomendado si se realiza un abordaje medial extenso en doble artrodesis medial.

Ligamento en hamaca (*spring*): técnicas de reparación y reconstrucción con/sin aumentación.

- Aporta una estabilidad adicional si el colapso se localiza en la descubertura astragalonavicular. Permite realizar alargamientos o traslaciones óseas de menor magnitud, reduciendo así a rigidez asociada a las osteotomías.
 - Recomendado si hay abducto significativo del mediopié (clase B) y/o colapso grave periastragalino (clase D).
- Sugerencia del chef: el ligamento deltoideo y el ligamento en hamaca (*spring*) forman el complejo deltoideo-*spring*, por lo que optar por los dos juntos es una buena elección.

Alargamiento gastrocnemio-Aquiles:

- Valorar la intervención sobre el tríceps sural si tras la corrección planificada persiste un equinismo residual o Silfverskiöld positivo intraoperatorio:
 - Alargamiento del gastrocnemio medial si Silfverskiöld positivo.
 - Alargamiento percutáneo del Aquiles de tipo Hoke si hay equinismo.

Fuera de carta

(Para aquellos que ya han probado el menú con anterioridad o necesitan una opción especial dadas sus características)

Artrodesis tibiotalares/Osteotomías supramaleolares/Artroplastias

Osteotomía supramaleolar:

- Corrige la alineación del retropié, cuando esta es debida a una inclinación del astrágalo dentro de la mortaja.
- Recomendada en clase 1E, cuando existe artrosis asimétrica en valgo del tobillo y preservación de al menos el 50% de la superficie articular (medial).
- Consejo del chef: debe acompañarse de reparación/reconstrucción del deltoideo como postre.

Artrodesis tibiotalar:

- Asociada a procedimientos inframaleolares previos, con progresión de la deformidad en la articulación tibiotalar.
- Recomendada si hay evolución tras una cirugía previa con afectación del tobillo e inestabilidad ligamentosa medial no corregible (clase E).

Artroplastia de tobillo:

- Recupera la alineación del retropié cuando esta se debe a una inclinación del astrágalo en la mortaja tibioperonea.
- Recomendada en clase 2E2. Especialmente si ya han probado la doble artrodesis del pie previamente.
- Abstenerse si hay deformidad grave y rígida del retropié, inestabilidad ligamentosa medial no corregible, necrosis extensa del astrágalo, patología neurológica asociada o mala calidad ósea. En tal caso, se recomienda optar por una artrodesis tibiotalocalcánea o pantalar.

Menú infantil

(Menú clásico para pie plano flexible reductible entre 4 y 16 años)

Artrorraxis:

- Desarrollada para el tratamiento del pie plano infantil.
- Alternativa a la osteotomía medializadora de calcáneo en 1A.

El éxito del tratamiento del pie plano adulto o DCPD no depende de un único plato, sino de saber elegir y combinar adecuadamente todo el menú: respetando la secuencia de los pasos, la flexibilidad de cada deformidad y el equilibrio global del pie. Solo así se logra la "experiencia completa", donde cada intervención complementa a la anterior y el pie alcanza su máxima funcionalidad.

Conclusiones

La DCPD o pie plano del adulto puede presentarse con cuadros clínicos muy variados, lo que requiere una valoración cuidadosa e individualizada antes de cualquier decisión terapéutica. Más importante que la nomenclatura es identificar y entender la deformidad presente y las necesidades de cada paciente.

No existe un único tratamiento para cada deformidad: el éxito depende de adaptar y combinar las estrategias disponibles según las características de cada paciente. Se trata de lograr una corrección

funcional integral, donde cada intervención complementa a la anterior, como los platos de un menú cuidadosamente elaborado.

La nueva clasificación permite describir con mayor precisión la localización y la combinación de las deformidades, integrando la flexibilidad o rigidez de cada componente y orientando de manera más efectiva la toma de decisiones quirúrgicas individualizadas. Uno de sus principales beneficios es que mejora la comunicación clínica y la planificación del tratamiento entre especialistas, proporcionando un marco común más completo que facilita la coordinación y el entendimiento de cada caso. Sin embargo, presenta algunas limitaciones: todavía no ha sido validada ampliamente en estudios multicéntricos, por lo que su aplicabilidad universal y la fiabilidad interobservador requieren más evidencia; su complejidad puede resultar menos intuitiva para quienes no estén familiarizados con todos los matices de las deformidades; y, aunque describe con detalle las alteraciones anatómicas, no siempre predice directamente el resultado del tratamiento, siendo necesario un juicio clínico informado para aplicar sus recomendaciones de manera efectiva.