

PIE DOLOROSO

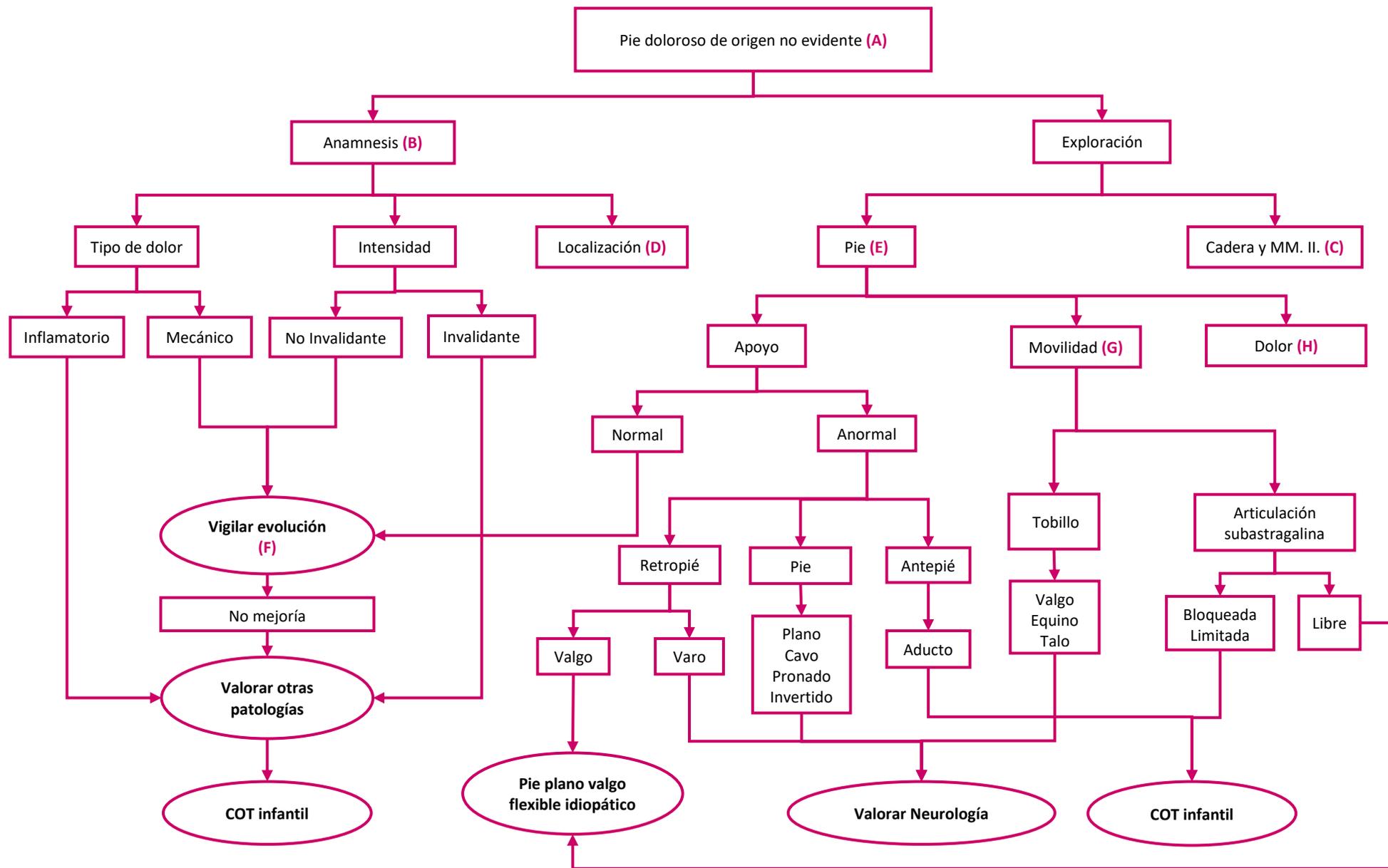
Ana María Bueno Sánchez: Servicio de Traumatología Infantil. Hospital Universitario de Getafe. Madrid

Correo electrónico: anabuenosanchez@hotmail.com

Palabras clave: Pie. Dolor.

Key words: Foot. Pain.

Cómo citar este algoritmo: Bueno Sánchez AM. Pie doloroso. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado dd/mm/aaaa]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/76/pie-doloroso>



A. PIE DOLOROSO DE ORIGEN NO EVIDENTE

En este algoritmo no vamos a referirnos al origen traumático del dolor, cuyo diagnóstico, conociendo el antecedente es fácil de realizar. Tampoco valoraremos el dolor de un pie con malformaciones congénitas graves evidente. El apoyo patológico y la movilidad alterada de estos pies justifica el dolor. En este algoritmo iremos determinando otras causas no conocidas en un pie de apariencia normal.

B. ANAMNESIS

La anamnesis, como siempre, se hace imprescindible para considerar la importancia o banalidad de la causa del dolor. Algunas pueden ser realmente banales, asociadas a la aparición fisiológica de ciertos núcleos de osificación. Otras, mucho más trascendentes, pueden ser de origen neurológico o reumático. El resto, de mayor o menor importancia, corresponden al traumatólogo¹.

El dolor mecánico, sin signos inflamatorios, mejora con el reposo, no despierta por la noche y aparece con la carga y el ejercicio. En general, es más leve. El dolor inflamatorio o infeccioso empeora con el calor (en la cama por la noche) y despierta por la noche.

Otros aspectos que no pueden faltar en la anamnesis son la edad, la localización del dolor, los factores desencadenantes, la duración, la intensidad y cuán invalidante es.

C. CADERA Y MIEMBROS INFERIORES

La exploración física nos dirigirá hacia el diagnóstico. En esta exploración deben incluirse las caderas y los miembros inferiores (MM. II.) en su conjunto. El ángulo de versión de las caderas, la torsión tibial o la presencia de un mayor o menor valgo en las rodillas modificaran el apoyo del pie y el ángulo de progresión de la marcha. Por ejemplo, la causa de la rotación interna del pie al caminar en la mayoría de las ocasiones no se encuentra en el pie, sino en un aumento del ángulo de versión de la cadera, que obliga al niño a llevar el pie hacia dentro.

Por otro lado, el dolor referido en la pierna puede ser secundario a un peroneo espástico por una coalición tarsiana del pie.

D. LOCALIZACIÓN

Es importante localizar los puntos del dolor en las áreas anatómicas del pie o el tobillo (pierna, fisis, tobillo, antepié, dedos, planta), estructuras articulares, ligamentosas tendinosas u óseas y puntos de osificación. Para ello, se debe ir recorriendo despacio el trayecto de los tendones, reconociendo los relieves óseos, las hendiduras de las líneas articulares y, en torno a estas, las inserciones de los ligamentos. Es especialmente importante es reconocer los relieves óseos donde pueden aparecer los dolores por epifisitis de crecimiento o por tracción de los tendones, en el punto donde se insertan en el hueso.

E. PIE

La exploración del pie debe hacerse de forma completa. En decúbito, localizando puntos dolorosos, valorando la movilidad del pie, del tobillo y de la articulación subastragalina de forma pasiva. También la movilidad o limitación de los dedos y sus deformidades. En bipedestación y durante la marcha. Se observa al niño caminando normal, de puntillas de talones, sobre el borde externo del pie y al sentarse de cuclillas. Hay que detectar anomalías como que se le cae el dedo gordo de un pie al caminar de talones o se le queda abajo un talón en la marcha de puntillas. Estas alteraciones las debería ver el especialista.

Es muy importante explorar en todas estas posiciones (decúbito, bipedestación o caminando), valorar la fuerza de los distintos grupos musculares si deseamos descartar algún problema neurológico o miopático.

F. VIGILAR LA EVOLUCIÓN

Si el aspecto, movilidad y apoyo del pie es normal y sobre todo si el dolor es mecánico y no invalidante, no es necesario hacer nada. Es mejor esperar y ver la evolución.

El pie cavo, varo o equino, sobre todo si se asocian, debe hacernos pensar en un origen neurológico. Otros aspectos en esta línea son los dedos en garra, el pie pronado (el pie que en su conjunto es como si rotara hacia afuera apoyando más el borde interno; lo contrario de dar palmas con los pies que sería supinador) o el pie invertido (que hace referencia al retropié: está invertido si se inclina hacia adentro, en varo y evertido al contrario, en valgo).

G. MOVILIDAD

En la actualidad, hasta los 7 años consideramos el pie plano valgo flexible grado I o II como una variante de la normalidad. Lo importante es comprobar que se trata de un pie plano flexible y descartar el llamado pie plano rígido². En este sentido es preciso explorar al niño con el pie relajado, comprobando la movilidad de la articulación subastragalina bilateralmente y compararlas³.

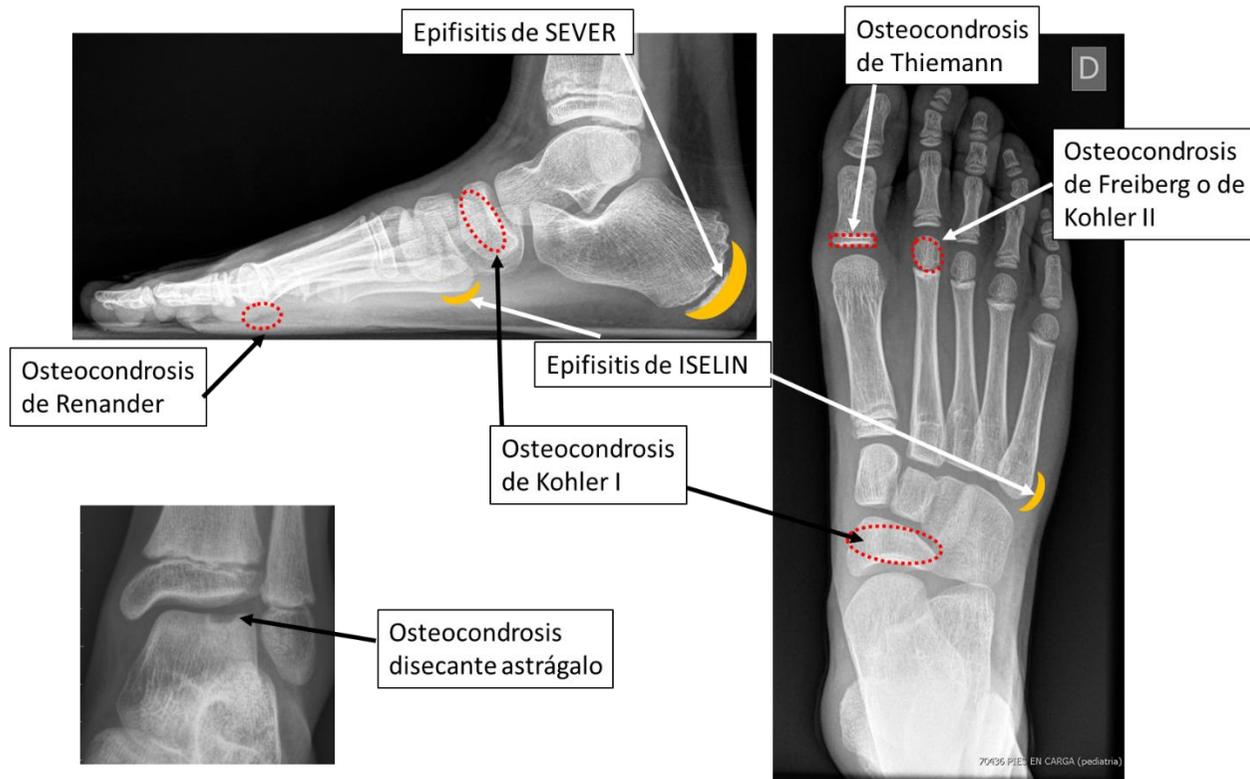
Si el pie plano valgo flexible persiste en mayores de 7 años se considera patológico, pues debería haberse corregido. Se considera un pie valgo flexible idiopático y debe verlo el especialista.

Este pie flexible (con la articulación subastragalina, sobre todo esta, móvil) no tiene una causa reconocida y se divide en tres grados clínicos en función de cuanta superficie del arco interno del pie apoya. El tipo III o grave hace un apoyo que sobrepasa el borde interno del pie. El grado I o leve apoya un poco más sin llegar a perder el arco interno. El grado II o moderado es el intermedio: desaparece el arco, pero no supera la línea medial.

H. DOLOR

Son numerosas las alteraciones que producen dolor en el pie⁴⁻⁶. (Figura 1).

Figura 1. Osteocondritis: epifisitis y necrosis avasculares



- Dolores de crecimiento. El pie normal puede doler durante el crecimiento. Los dolores de crecimiento aparecen en los puntos donde hay núcleos de osificación independientes: el talón, cola del quinto metatarso, donde coincide que se insertan potentes tendones (Aquiles y peroneos, respectivamente), por ejemplo. Aumentan con la sobrecarga de estos tendones y a la edad en la que estos están formándose (8 y 12 años respectivamente). El pie plano valgo flexible también puede doler.
- Epifisitis de Sever o de Iselin.

- Osteocondrosis. Entre las más frecuentes podemos destacar la enfermedad de Kohler II, Freiberg, Renander o de Thiemann (necrosis avascular del escafoides, de la cabeza del segundo o el tercero metatarsiano, del sesamoideo lateral o de la epífisis de la falange distal del *hallux*, respectivamente). Las condrosis por necrosis avascular son dolores que aparecen a la edad del crecimiento, pero son patológicas. El dolor es variable. Otras veces duele la planta del pie sin causa patológica evidente y con unas plantillas de descarga una temporada se pasa. Todos son dolores durante el crecimiento, algunos banales autorresolutivos y otros patológicos de mayor o menor importancia (el Kohler II suele ser muy banal, en torno a los 10 años, mientras que otros como el Freiberg, que cursa con dolor apoyo de la cabeza del segundo metatarsiano, puede dejar secuelas en el adulto).
- Coalición tarsiana calcáneo-escafoidea con frecuencia erróneamente diagnosticada de esguinces del tobillo o la astrágalo-calcánea, que producen reducción o bloqueo de la articulación subastragalina y con frecuencia, pie plano.
- Otros: escafoides prominente o corneado, osteocondritis disecante de la cúpula del astrágalo, luxación o subluxación de los peroneos, dedos en garra o en mazo, gangliones sinoviales por roce o procedentes de cualquier vaina tendinosa o línea articular, exostosis subungueal, verrugas plantares dermatológicas, fracturas de stress en los metatarsianos, infecciones o tumores.

Todos estos dolores deben derivarse al traumatólogo (excepto lógicamente los de origen dermatológico, como la verruga plantar), pero el resto normalmente no se resuelve solo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grueger B, Community Paediatrics Committee, Canadian Paediatric Society. Footwear for children. [Paediatr Child Health. 2009;14:120.](#)
2. Echarri JJ, Forriol F. The development in footprint morphology in 1851 Congolese children from urban and rural areas, and the relationship between this and wearing shoes. [J Pediatr Orthop B. 2003;12:141-6.](#)
3. Di Gennaro GL, Stallone S, Olivotto E, Zarantonello P, Magnani M, Tavernini T, *et al.* Operative versus nonoperative treatment in children with painful rigid flatfoot and talocalcaneal coalition. [BMC Musculoskelet Disord. 2020;21:185.](#)
4. Parra García JI, Bueno Sánchez A. El pie plano; las recomendaciones del traumatólogo infantil al pediatra. [Rev Pediatr Aten Primaria. 2011;13:113-25.](#)
5. Frances JM, Feldman DS. Management of idiopathic and nonidiopathic flatfoot. [Instr Course Lect. 2015;64:429-40.](#)
6. Hefti F. Foot pain. [Orthopade. 1999;28:173-9.](#)