

## COMENTARIO

Dr. Carlos E. Torner

Releer este trabajo de A. Viladot ha sido un auténtico placer. Comentarle me parece una osadía ilusionada.

La primer idea que surge es que se trata de un genuino clásico; por ello, muy bien seleccionado. Contiene grandes dosis de “sabiduría del pie” y, como todo clásico, sugiere mucho más de lo que dice.

Basta leer los dos primeros párrafos para “reaprender” varios conceptos fundamentales y adquirir una serie de ideas básicas: deformidad muy frecuente, de anatomía patológica constante y de gravedad muy variada, en relación con las tres etiologías posibles: trastorno estático, deformidad congénita, parálisis poliomiélica (hoy afortunadamente erradicada de nuestro ambiente).

Sigue el capítulo de anatomía patológica, en el que destaca:

1. La aportación personal del concepto de listesis astrá-galo-calcánea.
2. La relación de los fenómenos que pueden hacer irreductible la deformidad (espasmo de los peroneos, retracción de Aquiles).
3. La clasificación del pie plano basada en el programa.
4. La descripción de los diversos tipos de luxación o subluxación del medio tarso, relacionados con las diversas etiologías.

Pero, además, se sugiere el concepto básico del tratamiento quirúrgico: el pie plano se produce por un conjunto de movimientos que llevan a la pérdida de una disposición helicoidal que habrá que recuperar. La maniobra de reducción que más adelante describirá Viladot es ya, desde ahora, plenamente lógica.

El tratamiento quirúrgico que se va a proponer se justifica a partir de las insuficiencias de las operaciones más usuales, que llevan de la mano hacia la necesidad de un doble abordaje para corregir en su totalidad la deformidad y mantener esta corrección de forma definitiva.

Pero unas líneas referentes a las indicaciones quirúrgicas introducen otra idea no expresada: la indicación ante el pie plano estático es, en realidad, muy rara. De ahí que la casuística sea escasa: 19 casos operados en 10 años de la vida de un servicio en que la patología del pie era cotidiana; pero el diagnóstico y la indicación quirúrgica hicieron que nunca se superase la cota del 2% de pies planos tratados quirúrgicamente.

No puedo terminar este comentario sin intentar situar el trabajo de Viladot en el punto que le corresponde dentro de la evolución de la cirugía del pie.

En el fondo, cualquier trabajo en el que se expone una técnica quirúrgica personal, seguida de una casuística y de su valoración, puede ser un final o un principio. Será un final cuando el autor nos diga implícitamente: esto es lo que hago y seguiré haciendo. Será un principio cuando entre líneas se entienda: esto es lo que hago, pero que deseo mejorar tanto como pueda.

Releyendo la técnica ideada por Viladot me parece sentir una cierta inquietud sobre la necesidad de hacer una artrodesis subastragalina a la manera de Grice. De hecho, cita el hecho de que Lelièvre introduce un taco de hueso homólogo en el tarso, sin avivarlo, para buscar un efecto de artrosis y evitar la artrodesis. La cita de este detalle técnico no va seguida de ningún comentario, y por aquí empezó la evolución.

Poco después de la publicación del trabajo que comentamos, Viladot empezó a sustituir la artrodesis de Grice por una artrorisis obtenida por la introducción en el seno del tarso de un segmento de diáfisis peroneal. Los resultados siguieron siendo buenos y los niños reconstruían la integridad de sus peronés en menos de un año.

Pocos años más tarde empezaron a aparecer en los controles radiológicos casos con imágenes de necrosis e, incluso, de lisis de los segmentos de peroné introducidos en los senos tarsianos de pacientes que presentaban excelentes resultados en cuanto a la forma y el funcionamiento del pie.

Viladot supo extraer inmediatamente la conclusión positiva: no era necesario que la artrorisis se obtuviese a partir de un elemento vivo. Podía obtenerse a partir de sustancias inertes. Más aún; puesto que bastaba una artrorisis transitoria, no era preciso que la artrorisis creciera con el pie. Así se abrió el paso a unos cilindros de silicona y, más tarde, a la endortesis en “copa de *champagne*”. Último fruto del trabajo que estamos comentando sería, por ahora, la endortesis tipo Kalix.

En los restantes aspectos técnicos y, lo que es más importante, en sus principios fisiopatológicos, el trabajo que nos ocupa se aproxima a su cuadragésimo aniversario con plena vigencia.

Haciendo un guiño a uno de los libros preferidos de Viladot, podríamos terminar diciendo que la sombra de su trabajo es alargada.

Barcelona, 2 de diciembre de 2003