

Pé plano infantil

A alteração da morfologia do pé é um dos principais motivos de consulta de ortopedia.

Vulgarmente conhecido como pé “chato”, o pé plano é caracterizado pela queda da arcada plantar do pé durante o seu apoio com o solo.

Na grande maioria das vezes (80%), na criança esta alteração é uma condição fisiológica que tende a corrigir espontaneamente, tendo em conta que o desenvolvimento do interno não ocorre antes dos 7-10 anos de idade.

Neste período da vida, o que é mesmo importante saber é se estamos perante um pé flexível e dinâmico, que tenderá a evoluir para uma morfologia normal, ou um pé rígido e doloroso e que poderá levar a limitações futuras.

Na primeira consulta, o exame clínico da criança é fundamental, devendo ser observada a marcha assim como a morfologia e a função do pé.

Para além da queda da arcada plantar, observa-se um desvio lateral do calcanhar (valgismo). Se este desvio corrigir quando pedimos à criança para se colocar em pontas, estamos perante um pé flexível e dinâmico, mas se tal não acontece, estamos perante um pé rígido (deformidade congénita, barra társica).

É frequente a solicitação de exames complementares, sendo a radiografia do pé em carga (face, perfil e oblíqua) o primeiro exame. Este permite a avaliação da gravidade da deformidade, alertar para alterações anormais e permite fazer o seguimento da deformidade.

O tratamento do pé flexível e dinâmico continua a ser bastante controverso. Uma vez a maioria dos pés conseguem desenvolver a sua arcada plantar e são indolores, não precisam de nenhum tratamento específico, para além de alguma vigilância.

Alguns conselhos são dados aos pais como:

- Calçado confortável com o contraforte mais rígido
- Fortalecimento da musculatura do pé com exercícios como andar em pontas pés, apanhar objetos com os dedos dos pés, colocar uma toalha no chão e puxa-la com os dedos dos pés.
- Desporto que inclua a corrida e o salto.
- As botas ortopédicas não estão recomendadas, pois não têm qualquer capacidade corretiva da deformidade, podendo mesmo prejudicar o desenvolvimento do pé.
- O uso de órteses plantares (palmilhas com apoio do arco plantar e suporte do calcanhar) não são eficazes a corrigir a deformidade, no entanto podem permitir um alívio das queixas nas fases iniciais dos sintomas.

A necessidade tratamento cirúrgico no pé plano flexível é a exceção, pois durante o crescimento, e resultante do esforço sobre o bordo interno do pé, algumas crianças podem desenvolver um quadro de dor ou de agravamento da deformidade. Nestas situações, a cirurgia torna-se uma opção para a correção da deformidade e resolução das queixas da criança.

O procedimento cirúrgico mais frequentemente usado para o tratamento do pé plano flexível é a técnica calcâneo-Stop ou procedimento de Recaredo-Alvarez.

- Consiste na colocação de um parafuso no calcâneo que vai impedir a queda e medialização do astrágalo e desenvolver mecanismo proprioceptivo que irá permitir uma correção da arcada plantar e do valgismo do calcanhar.
- Cirurgia simples, rápida, em regime de ambulatório na maioria das crianças.
- Baixa taxa de complicações e elevada percentagem de satisfação das crianças e dos pais.
- Tem como principal desvantagem a necessidade de extração do parafuso após um/dois anos.



Este texto refere-se basicamente ao pé plano flexível e dinâmico, que é a forma mais comum de pé plano na infância. No entanto, uma criança com pé doloroso, rígido ou adinâmicos deve ser melhor estudada para exclusão de uma patologia oculta, como as deformidades congénitas (astrágalo vertical, barra társica, pé em saca-rolhas) ou doença neurológica (paralisia cerebral, mielomeningocele), pois o seu seguimento e tratamento é completamente diferente.

Dr. Luís Dias da Costa

Para mais informação e esclarecimento de dúvidas contacte diretamente o seu ortopedista através do email:
luisdiasdacosta@arthos.pt