

[...] Premessi i concetti di "coxa pedis", di torsioni e rotazioni, di astragalo osso del piede ed astragalo osso della gamba, viene definito il quadro clinico del piede cavo-valgo.

Apparentemente piatto per affrontamento al suolo del suo versante mediale e il valgo di calcagno, si differenzia dal vero piede piatto per il suo profilo esterno concavo, per l'impronta podoscopica di piede cavo e per la intrarotazione dell'arto.

A differenza del piede piatto che è il ponte che crolla sul piano sagittale perdendo la sua struttura a volta, il piede cavo-valgo è il ponte che si rovescia di lato mantenendo la sua strutturazione a volta. Essendo in carico (catena cinetica chiusa) l'astragalo osso della gamba, la sua adduzione, evertendo, si traduce sul piano orizzontale in una intrarotazione che si trasferisce solidalmente all'arto inferiore. Di questo è espressione lo strabismo convergente di rotula con disassetto funzionale femore-rotuleo; questo, persistendo in corso di accrescimento, può portare a dismorfismi, apparentemente primitivi, della tuberosità tibiale per sua progressiva migrazione e trocleari. Del pari la intrarotazione dell'arto secondaria a piede cavo-valgo riduce, compensando funzionalmente la fisiologica antiversione d'anca, la componente meccanica dell'ileo-psoas nella correzione della fisiologica antiversione.

## **Il moderno approccio alle problematiche del piede del bambino**

È difficile quanto si possa definire moderno un approccio alle problematiche del piede infantile poiché pur tenendo conto dell'evoluzione delle conoscenze comuni non è possibile disgiungerle da esperienze personali molto spesso cresciute da proprie radici ed in contrasto talora con eccezioni altrimenti note.

Occorre ricordare che il piede del bambino non è il piede di un adulto in miniatura, occorre chiarire il percorso evolutivo di questo piede sino alla sua parametrizzazione ai valori propri dell'adulto tenendo conto del suo inserimento evolutivo nel contesto dell'arto inferiore per quanto riguarda momenti torsionali e rotatori ed assetto assiale.

Per quanto concerne i momenti evolutivi importanti l'asincrono evolvere di piede astragalico e piede calcaneale dall'embrione all'adulto; inoltre le evoluzioni di calcagno, astragalo ed apparato flessore plantare nel percorso alla verticalizzazione del retro piede.

Premessi i concetti di torsione e di rotazione di necessità, in situazioni patologiche di valutare le torsioni segmentarie (femore, tibia, collo-astragalo) nel contesto globale dell'arto inferiore ed in rapporto all'angolo di declinazione funzionale dell'astragalo.

E di necessità la corretta interpretazione di disassetto rotatori (strabismo rotuleo ad es.) che molte volte hanno il loro riscontro in dimorfismi del piede (piede cavo-valgo).

## **A proposito di deformità del piede - (Review)**

La deformità è un'alterazione morfo-funzionale di un segmento del nostro corpo, variamente strutturata, secondariamente intervenuta per cause intrinseche od estrinseche. Non ha significato precisare acquisite in quanto per le deformità congenite e relativo il termine malformazioni. Viene fatto particolare riferimento, nel piede piatto acquisito dell'adulto da destabilizzazione peritalare, alla patologia degenerativa del legamento calcaneo-scafoideo plantare o spring ligament (glenopatia degenerativa) ed alla presenza di osso scafoideo accessorio come possibile momento patogenetico. E viene proposta la sindrome da destabilizzazione peritalare in rapporto a patologia della "coxa pedis" articolare (sottoastragalica ed astragalo-scafoidea), miotendinea (tibiale posteriore), da glenopatia degenerativa.

Con la ricostruzione chirurgica della glena anche la creazione di un neolegamento tibio-scafoideo con bendella di tendine del tibiale posteriore al malleolo tibiale. E da porre in discussione il concetto di sindrome pronatoria, intesa come primitività la pronazione patologica della sottoastragalica che, nella destabilizzazione peritalare, è fatto del tutto secondario. Va tenuto presente che pronazione e supinazione della sottoastragalica sono rispettivamente conseguenti all'apertura e alla chiusura della catena cinetica della "coxa pedis".