

**CORRECCIÓN DE PIE EQUINO NEUROLÓGICO GRAVE
CON FIJADOR EXTERNO CIRCULAR**

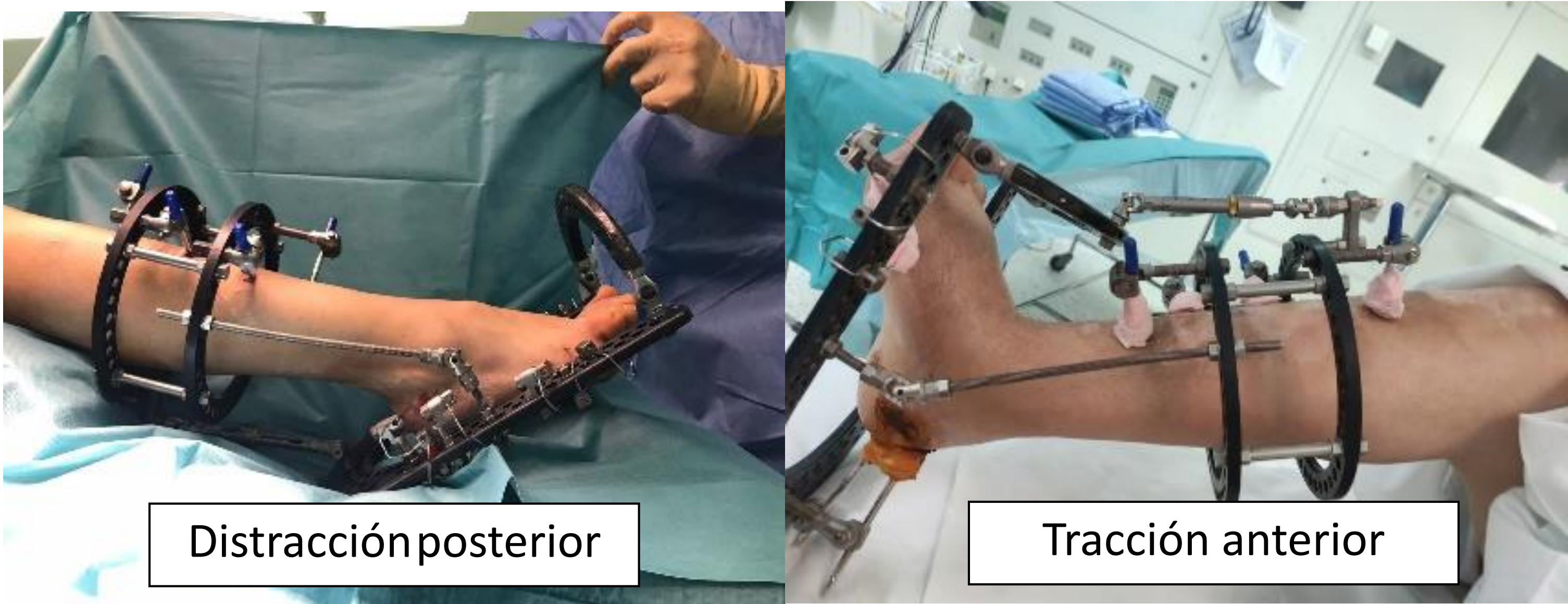
Pilar Lumbreras Castro – R2 COT Hospital Universitario La Paz
José Antonio García-Ramos García – Adjunto COT Hospital Universitario La Paz
Juan Cabello Blanco - Adjunto COT Hospital Universitario La Paz



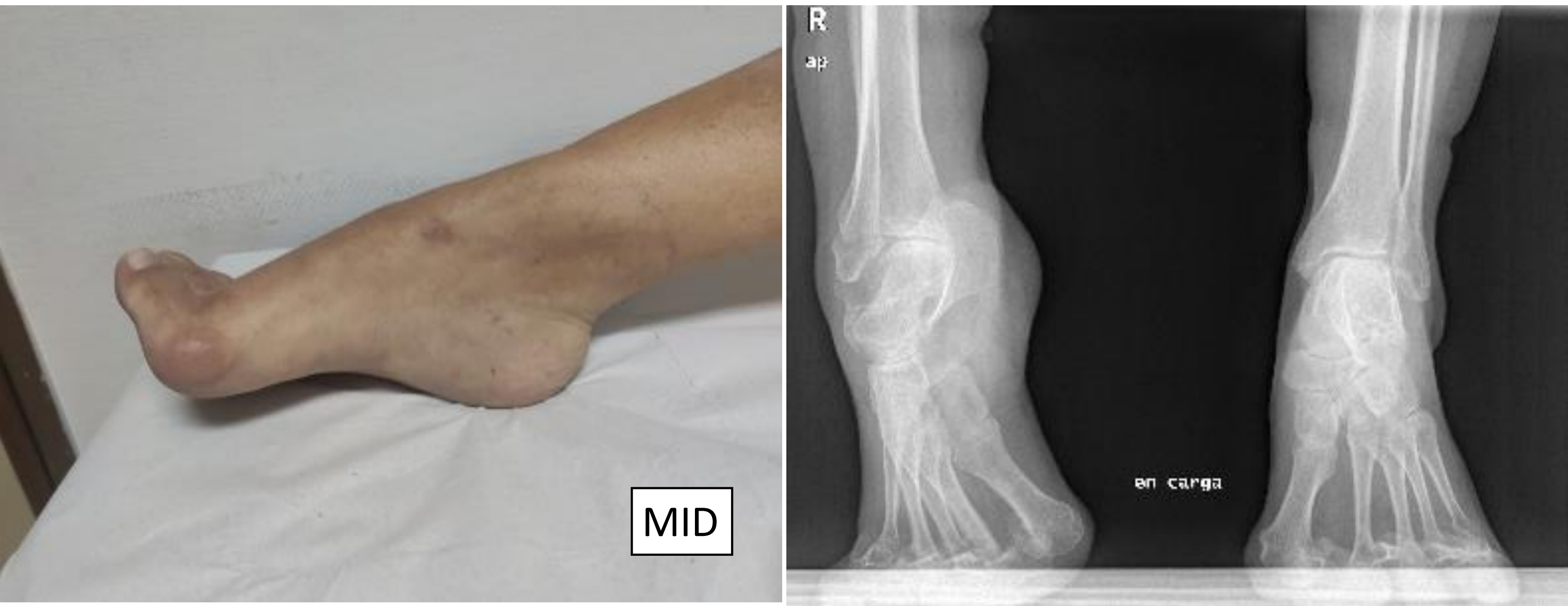
CASO ÍNICO

Paciente mujer de 49 años en seguimiento en consultas externas de neurología por una miotonía congénita de Thomsen, una enfermedad neuromuscular que condiciona una marcada rigidez e hipertrofia muscular, más evidente en miembros inferiores. Debido a la marcada deformidad y el consiguiente deterioro en la calidad de vida de la paciente, es derivada a la Unidad de Pie y Tobillo para valoración.

En la exploración física, a consecuencia de la grave retracción muscular en los gastrocnemios, se evidencia una importante deformidad en pie equino bilateral, más acusada en el miembro derecho, que asocia rigidez completa de tobillo y articulación subastragalina, con un ángulo de 180º. El pie izquierdo se muestra similar, con un ángulo de 140º. En la radiografía, se observa además una impactación tibio-calcánea posterior.



En una cuarta cirugía, se decide abordar la deformidad del miembro inferior izquierdo con un alargamiento de gemelo considerable asociado a una resección del sóleo, con lo que también se consigue un tobillo a 90º y +-30 º de dorsiflexión.



DISCUSIÓN

En la primera cirugía, se realiza una liberación de la fascia plantar mediante la técnica de Steindler y se coloca un fijador externo circular con tracción posterior en el miembro inferior derecho. Este tipo de fijador externo está aprobado para la indicación de alargamiento de partes blandas, ya que es un sistema que permite la corrección gradual mediante cilindros de motor telescópico, los cuales se utilizan para dirigir el movimiento angular alrededor del eje de rotación de la fijación de forma controlada. Dichas distracciones han de ser realizadas periódicamente, con el fin de ganar de 1 mm a 2,8 mm de alargamiento diario, para conseguir un alargamiento total de unos 140 mm en este caso.

Durante el seguimiento, se evidencia un arrancamiento de la tuberosidad posterior del calcáneo a consecuencia del gran alargamiento de partes blandas, la cual se decide tratar de manera conservadora, sin secuelas posteriores.

Posteriormente, se cambian los cilindros posteriores por unos de tracción anterior para terminar la corrección. Tras 5 meses, se retira el fijador y se realiza un alargamiento de gemelo mediante la técnica Strayer, con lo que el tobillo queda a 90º con un balance articular -20º - +20º.

Al manejar un pie neurológico, hay que valorar a expensas de qué estructuras se produce la deformidad, puesto que los procedimientos extraarticulares difieren de los intraarticulares. El alargamiento de partes blandas es una indicación aceptada poco frecuente del uso de fijación externa circular, pero los resultados parecen prometedores. Se recomienda la vigilancia ósea y de partes blandas durante el proceso, ya que se trata de correcciones de amplio rango pese a ser progresivas y controladas, pues se basan en los principios de histogénesis por distracción. Es importante recordar que, al partir de una deformidad rígida, la indicación de fijación externa persigue el objetivo de conseguir un apoyo plantígrado, siendo la rigidez articular post-procedimiento una secuela prácticamente constante.

¹ Vicent Carsí V, Sánchez González M, Navarrete Faubel FE. Procedimientos sobre partes blandas y manejo de la patología del antepié. Mon Act Soc Esp Med Cir Pie Tobillo. 2023;15:50-8.
² Sánchez Morata E, Hernanz González Y, Vilá y Rico J. ¿Tienen cabida la fijación externa circular y la prótesis de tobillo en el tratamiento del pie cavo varo?. Mon Act Soc Esp Med Cir Pie Tobillo. 2023;15:76-82.