

Cirugía a la carta en pie equino varo espástico bilateral. Objetivo deambulación

Autores: Celia Santamaría Vázquez, Begoña Busta Ballina, Carlos Álvarez Gómez, Guillermo Menéndez Solana
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

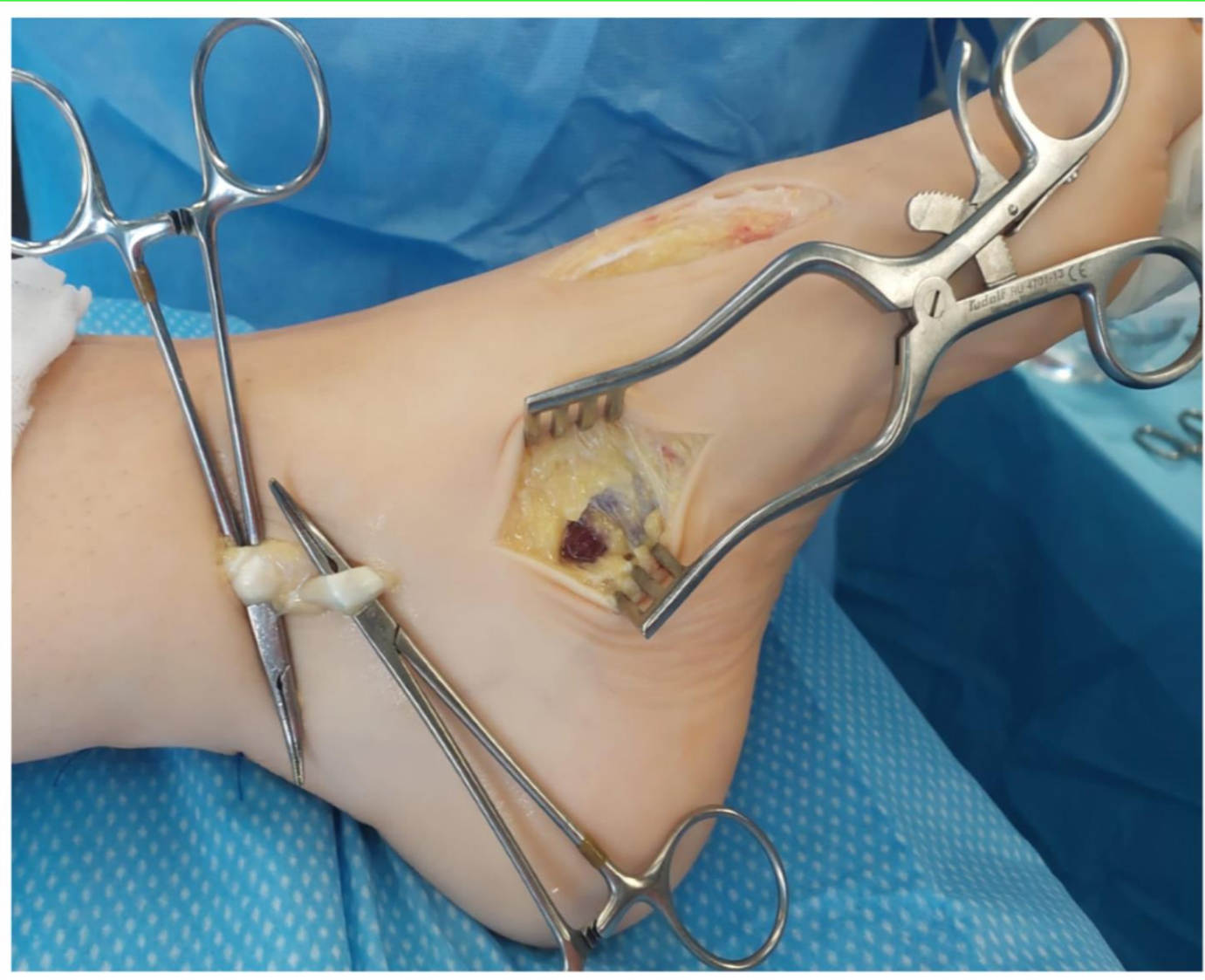
Objetivos

Varón de 27 años que tras accidente de monopatín presenta un TCE con una paraparesia espástica grave y un pie equino-varo bilateral que impiden el ortostatismo y la marcha. Mediante tenotomías y transferencias, sin tiempo óseo en ambos pies y de forma simultánea conseguimos unos pies plantígrados que han permitido con ortesis adecuadas la deambulación

Material y métodos

La contractura en equino varo dependía de la espasticidad del sistema gastrosoleo y del grupo flexores profundo (TP y FHL y FDL). El TA era funcionante pero incapaz de contrarrestar la fuerzas flexoras impidiendo la dorsiflexión voluntaria.

Mantenía una hiperextensión del hallux sintomática por la hiperactividad del EHL.



Abordaje quirúrgico secuencial en ambos pies

Tenotomía percutánea de triple hemisección (Hoke)

Para reforzar el complejo gastrocnemio-sóleo se hace transferencia FDL a calcáneo mediante técnica de 3 incisiones (Fig. 1 y 2)

Transferencia completa del TA a cuboides para equilibrar el pie a una posición neutral (Fig.3)

Transferencia del EHL al dorso del pie a- primer cuneiforme. Tenodesis del muñón distal al EDL. Tenotomía FHL (Fig. 4)

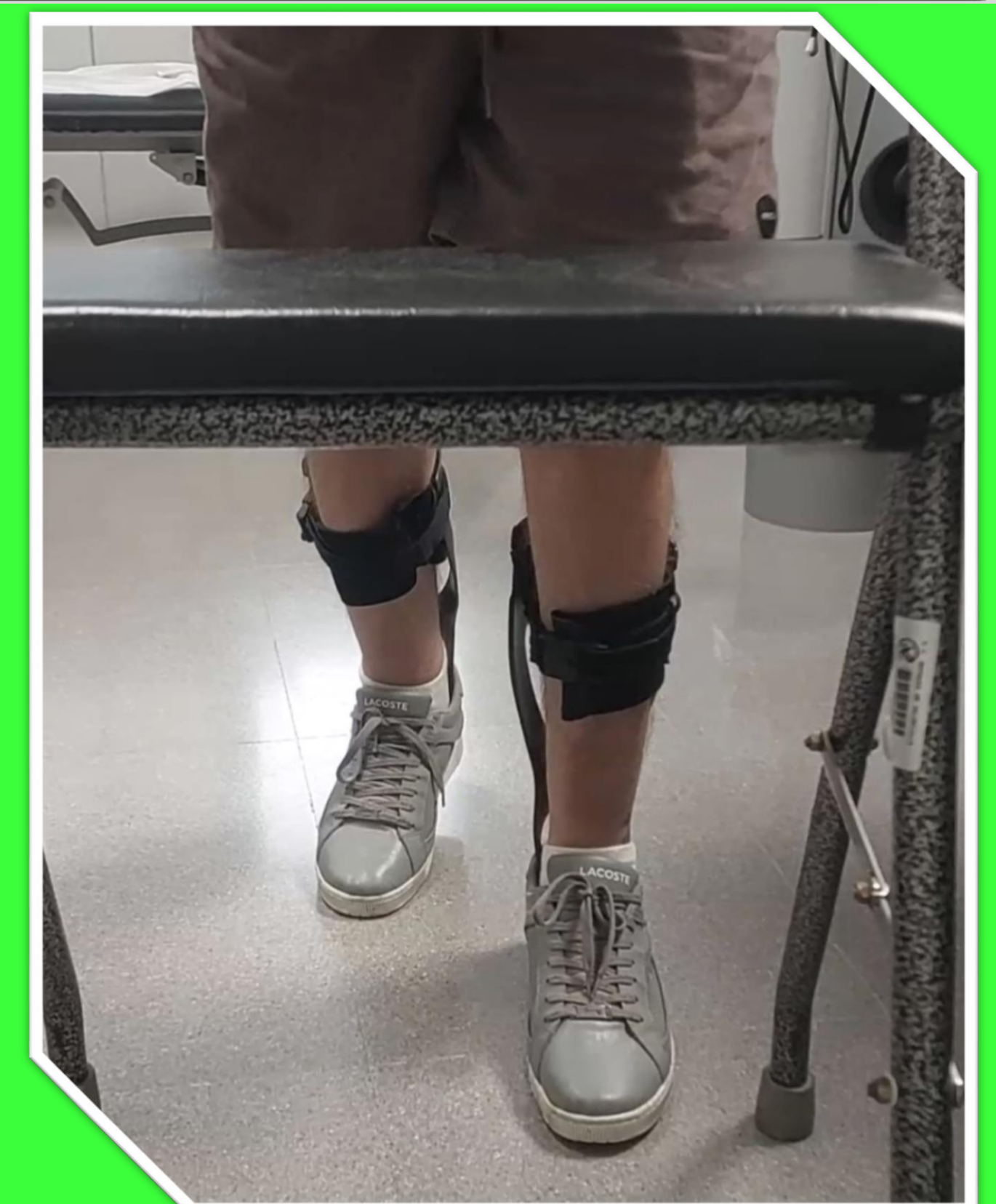
Tenotomía flexores en IFD en dedos menores corrigiendo la garra digital

Resultados

Inmovilización y descarga 6 semanas seguido de carga con Walker hasta adaptación de DAFO a las 12 semanas de la cirugía.

Tratamiento FST integral potenciando musculatura espástica proximal, aductores y dorsiflexores de tobillo y reeducando el equilibrio y la marcha.

A los 6 meses es autónomo en la marcha con ortesis y progresando en su retirada



Conclusiones

El éxito de una cirugía en un pie equino varo espástico implica un equipo de Ortopedias que elaboren un plan quirúrgico adaptado a las necesidades específicas del paciente, un programa RHB multidisciplinar y un paciente motivado e involucrado durante todo el proceso.

A pesar de la gravedad de la espasticidad apostamos por el manejo exclusivo de partes blandas mediante transferencias, tenodesis y tenotomías evitando técnicas sobre hueso con resultados satisfactorios.

El abordaje quirúrgico bilateral simultáneo es indispensable en un programa RHB que pretende una marcha autónoma.

Bibliografía

1-Spastic Foot and Ankle Deformities RSS Brandon W. King MD, David J. Ruta MD y Todd A. Irwin MD Foot and Ankle Clinics, 2014-03-01, Volumen 19, Número 1, Páginas 97-1

2-The Management of Spastic Equinovarus Deformity Following Stroke and Head Injury Foot and Ankle Clinics .Keenan, Mary Ann, MD. Publicado September 1, 2011. Volume 16, Issue 3.

3-Toes Deformities in Cavovarus RSS .Barbara Piclet-Legré MD y Véronique Darcel MD Foot and Ankle Clinics, 2023-12-01, Volumen 28, Número 4, Páginas 743-757