

En busca de la marcha perdida: Cirugía de pie cavo en artrogriposis

González-Martínez, A. ¹, Gamero Donis, R. ², Sánchez Rodríguez, S. ¹, Aragón del Río, M. ¹, Villa García, A.J. ²

Hospital General Universitario Gregorio Marañón

¹ Hospital General Universitario de Ciudad Real.
² Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid.

Hospital General Universitario de Ciudad Real

Introducción

La artrogriposis múltiple congénita produce rigidez articular severa asociada a deformidades como pie no plantígrado con marcha dolorosa, que impide la bipedestación en pacientes potencialmente deambulantes.

Es por esto que el tratamiento quirúrgico de esta patología, pese a ser gran desafío, puede mejorar significativamente la vida de los pacientes.

El objetivo de este trabajo es presentar, a través de un caso clínico, una cirugía compleja de corrección de pie cavo-equino-varo-adocto con el objetivo de conseguir un pie plantígrado que permita la deambulación.

Material y métodos

Varón de 15 años con artrogriposis múltiple congénita que presenta pie derecho con apoyo no plantígrado y gran dificultad para la marcha, que es dolorosa. La exploración física evidencia equino irreductible de 30°, retropié varo y pie cavo-adocto.

Se decide intervención quirúrgica del pie derecho, realizándose en primer lugar la fasciotomía plantar y liberación de flexores (técnica de Steindler). A continuación, se procede a las osteotomías desde proximal hacia distal: Primero la osteotomía supramaleolar de cierre dorsal para corrección del equino y del recurvatum de la tibia con osteosíntesis mediante placa y tornillos. Tras comprobar corrección del equino según la planificación, se procede en segundo lugar a tarsectomía anterior de Cole y osteosíntesis con agujas de Kirschner, comprobándose corrección del cavo.

Resultados

En la fecha actual, el paciente presenta evolución clínica y radiológica satisfactoria: consolidación de las osteotomías mediotarsiana y supramaleolar y deambulación con pie plantígrado.

Pre-cirugía

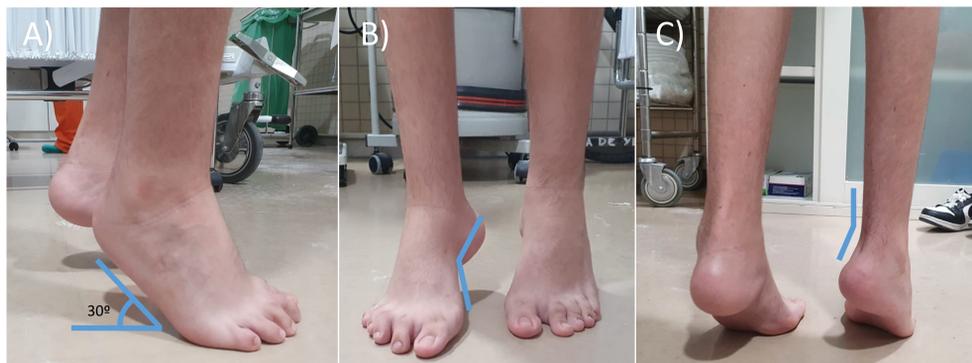


Figura 1. Paciente con apoyo no plantígrado. A) Equino irreductible de 30°. B) Pie cavo-adocto. C) Retropié varo.

Post-cirugía



Figura 2. Revisión a los 3 meses. A) Corrección del pie aducto. B) Corrección del pie cavo.

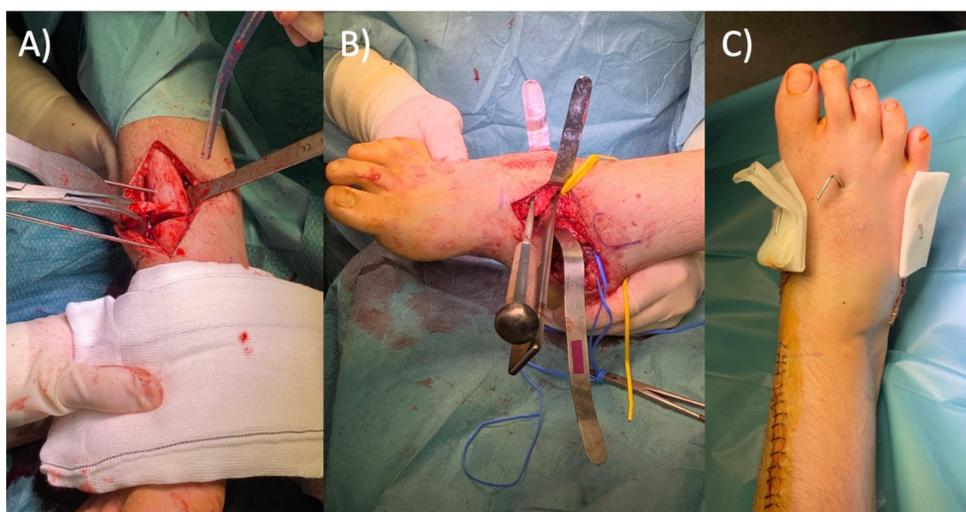


Figura 3. A) Osteotomía supramaleolar de tibia con cierre dorsal. B) Tarsectomía anterior de Cole. C) Osteosíntesis con Agujas de Kirchner.



Figura 4. Resultado postquirúrgico.

Conclusiones

La rigidez articular del pie que produce la artrogriposis supone un reto quirúrgico de gran complejidad, por lo que debemos indicarla en casos seleccionados: pacientes potencialmente deambulantes con pie no plantígrado y marcha dolorosa ^{1,2}.

El objetivo de esta cirugía es conseguir un pie plantígrado que permita la deambulación independiente, mejorando así la calidad de vida del paciente.

Resulta fundamental el orden de las osteotomías: desde proximal a distal para corrección inicial del equino y ulterior ajuste de la tarsectomía de Cole para corrección del cavo.

En conclusión, dada la grave deformidad que produce esta patología en el pie, es necesaria una combinación de técnicas quirúrgicas de liberación de partes blandas y osteotomías a distintos niveles para conseguir deambulación con pie plantígrado.

Agradecimientos: A los pacientes y autores.

Información de contacto: Email: gonzalez.martinez.angel@gmail.com

Bibliografía

- Weiner DS, Jones K, Jonah D, Diciotto MS. Management of the Rigid Cavus Foot in Children and Adolescents. *Foot Ankle Clin.* 2013;18(4):727-741. doi:10.1016/j.fcl.2013.08.007
- Myerson MS, Myerson CL. Managing the Complex Cavus Foot Deformity. *Foot Ankle Clin.* 2020;25(2):305-317. doi:10.1016/j.fcl.2020.02.006
- Weiner DS, Morscher M, Junko JT, Jacoby J, Weiner B. The Akron dome midfoot osteotomy as a salvage procedure for the treatment of rigid pes cavus: a retrospective review. *J Pediatr Orthop.* 2008;28(1):68-80. doi:10.1097/bpo.0b013e31815a5fba
- Eidelman M, Katzman A. Treatment of arthrogryptic foot deformities with the Taylor Spatial Frame. *J Pediatr Orthop.* 2011;31(4):429-434. doi:10.1097/BPO.0b013e3182172392

6 CONGRESO
SECOT

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA