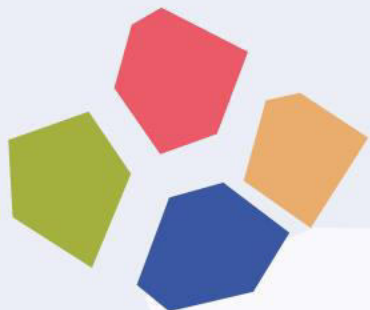
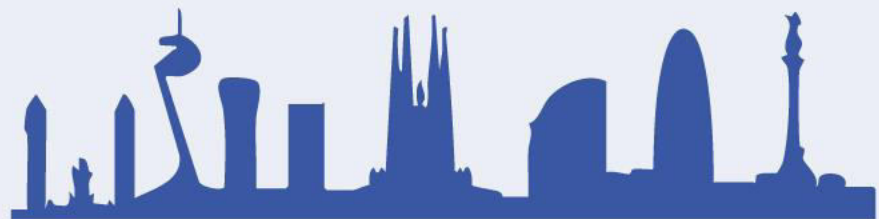


18



CONGRESO NACIONAL DE ORTOPEDIA PEDIÁTRICA

3 al 5 de junio - 2026



BARCELONA

Organiza:



CORRECCIÓN DE PIE PLANO NEUROLOGICO PEDIATRICO SIN OSTEOTOMIAS: EL PAPEL DEL FIJADOR CIRCULAR HEXAPODO

Alvarez Robles. A, Alonso Alvarez. D, Gonzalez del Rio. A, Valladolid Onecha. V,
Camporro Calero. M, Martinez Carreira. A, Gadañón García. A

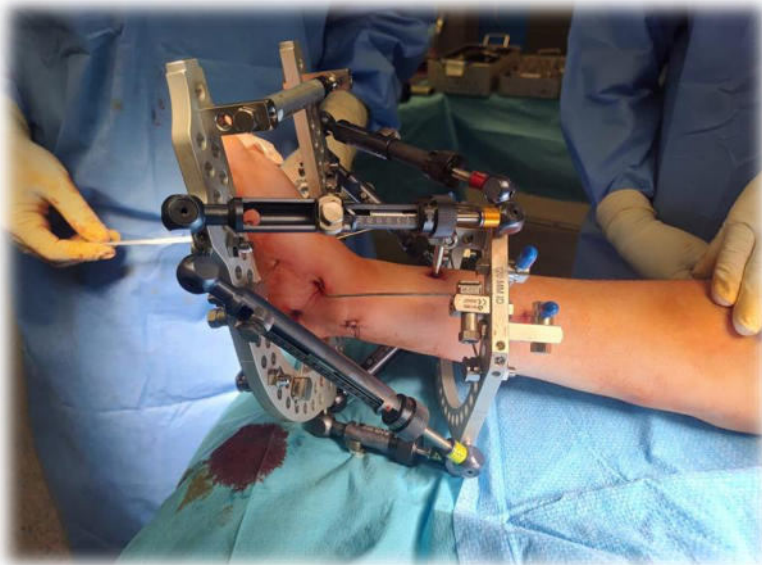
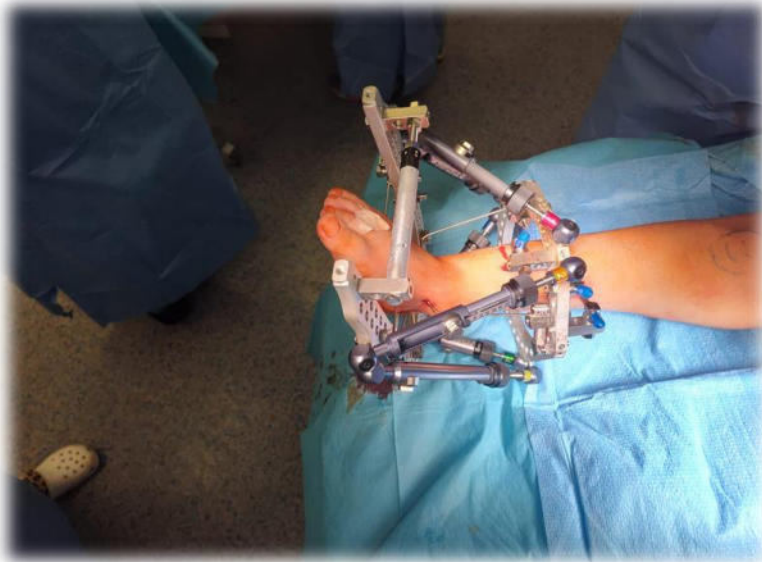
INTRODUCCIÓN

- El pie plano valgo rígido de origen neurológico constituye una deformidad tridimensional compleja caracterizada por **colapso del arco medial, valgo estructurado del retropié y abducción del antepié**, con pérdida de flexibilidad y alteración del patrón biomecánico de la marcha.
- En pacientes con Mielomeningoceles, la denervación selectiva, el desequilibrio muscular y las contracturas progresivas favorecen la instauración de deformidades severas que tienden a agravarse durante el crecimiento. Además, **las alteraciones del neuroeje complican el pronóstico**.
- En este caso plantearemos la utilidad y los resultados que ofrecen la **fijación externa circular** para el tratamiento de esta patología.

OBJETIVOS

- Se trata de un paciente de 9 años con una **malformación congénita Mielomeningocele-Chiari**. Es derivado a nuestra consulta desde el servicio de rehabilitación por un **pie plano valgo rígido no reductible** por un astrágalo vertical congénito que no evoluciona favorablemente mediante manejo conservador.
- Tras ser valorado en la consulta se decide intervenir quirúrgicamente para corrección de dicha deformidad. En este caso se decide una **corrección con una fijación externa mediante la manipulación progresiva de partes blandas** dada la edad del paciente, severidad y rigidez de la deformidad.





MATERIAL Y METODOS

- El paciente es intervenido para corrección de un pie equino rígido, con un abducto no reductible del antepié, segundo y tercer dedos en garra y un retropié y tobillo valgo.
- Todo ello se realiza mediante de una **fijador externo hexápodo** con la finalidad de corrección progresiva de partes blandas en combinación con una **tenotomía de Hooke** para alargamiento del Aquiles, tenotomía de los flexores del segundo y tercer dedo y finalmente una **hemipifisiodesis en el tobillo** mediante un tornillo canulado en maléolomedial.

RESULTADOS

- Tras realizar un seguimiento continuado durante 3 meses de la corrección de la deformidad mediante la manipulación de partes blandas y una vez obtenido un **pie plantígrado y con las deformidades corregidas** se realiza la EMO del fijador externo.
- Actualmente se encuentra con una ortesis tipo DAFOS iniciando el proceso de bipedestación e inicio de la educación de la marcha.

CONCLUSIONES

- El tratamiento quirúrgico de estas deformidades rígidas sigue siendo controvertido. La corrección progresiva mediante fijación externa circular permite una **alineación multiplanar gradual**, respetando las partes blandas y **reduciendo el riesgo de complicaciones asociadas a correcciones agudas extensas**.
- El uso de osteotomías en pacientes pediátricos no son necesarias para la corrección de la deformidad. Se pueden conseguir resultados similares mediante una **corrección progresiva con la fijación externa y liberación de partes blandas**.

