

ALARGAMIENTO DE TENDÓN DE AQUILES CON FIJADOR EXTERNO EN PACIENTE CON NEUROPATÍA TIPO CHARCOT-MARIE-TOOTH

Palermo Buzón I, Rodríguez Miñón M, Camacho Jañez C
Hospital Universitario de Móstoles, Madrid

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Charcot-Marie-Tooth (CMT) es neuropatía motora y sensorial hereditaria. Los pacientes con CMT muestran una atrofia y debilidad muscular progresiva que conduce a la deformación de los pies y, en menor medida, de las manos. La enfermedad da lugar a una deformidad multiplanar del pie, siendo el cavovaro la deformidad más comúnmente observada como resultado de un desequilibrio muscular.

La deformidad cavovaro se caracteriza por el varo del retropié, el cavo, la flexión plantar del primer metatarsiano, la aducción del antepié y los dedos en garra. Cuando está implicado un músculo tibial anterior débil y un músculo peroneo largo fuerte también puede causar una deformidad equina del retropié. Los procedimientos correctivos habituales para la deformidad del equino del retropié incluyen el alargamiento del tendón de Aquiles o del músculo gastrocnemio medial.

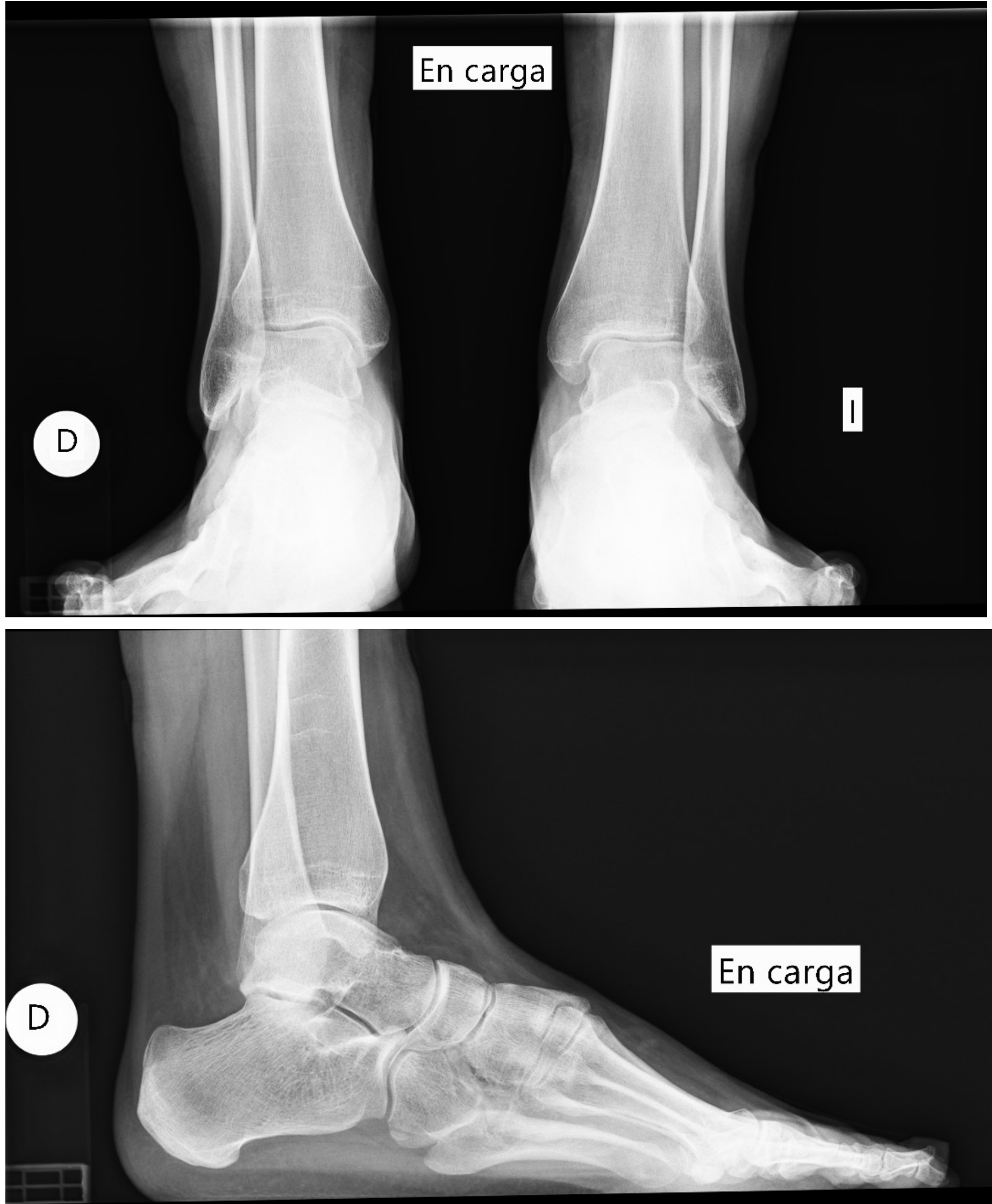
OBJETIVO

Mostrar el resultado de una corrección de equino de retropié mediante el alargamiento del tendón de Aquiles con fijador externo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de una mujer de 16 años con una neuropatía sensitivo-motora muy severa en ambos miembros inferiores compatible con neuropatía tipo Charcot-Marie-Tooth. En 2020, sufre un empeoramiento y es diagnosticada de un síndrome de Guillain-Barré.

A la exploración, presenta pies cavos-varos, un equinismo rígido (30º) en el pie derecho. El músculo tibial anterior tiene una fuerza de 4/5 y los tendones peroneos de 5/5. La paciente presenta una marcha en equino.



RESULTADOS

Se decide realizar una tenotomía percutánea del tendón de Aquiles izquierdo y un alargamiento progresivo del tendón aquileo derecho con fijador externo TLHEX. Se planifica el montaje del fijador para primero realizar una distracción y, posteriormente, corrección del equino.

Tras la retirada del fijador externo a los 2,5 meses, se mantiene un yeso durante 30 días.



CONCLUSIÓN

Tras un año de la cirugía, la paciente presenta una dorsiflexión del pie derecho de 10º y capaz de realizar una deambulación autónoma.