

# CORRECCIÓN DE DEFORMIDADES MEDIANTE FIJADORES EXTERNOS CIRCULARES. UN GRAN ABANICO DE POSIBILIDADES

García Morillas, Verónica<sup>1</sup>; López Vinagre, Eva <sup>2</sup>; Grau Aragonés, Pablo <sup>1</sup>; Montero Acebal, Manuel<sup>1</sup>; Navarro Ortiz, Ramón<sup>3</sup>; Martínez Vásquez, Alfredo<sup>4</sup>

1 Médico Interno Residente C.O.T. Hospital U. de Torrevieja (Alicante), 2 Médico Adjunto C.O.T. Hospital U. Cruces (Barakaldo), 3 Médico Adjunto C.O.T. y Tutor de Residentes Hospital U. de Torrevieja (Alicante), Jefe de Servicio C.O.T. Hospital U. de Torrevieja (Alicante)

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las deformidades adquiridas del pie pueden ser tremendamente incapacitantes para la vida diaria. Dependiendo del nivel de complejidad, suponen un reto para el cirujano ortopédico, que tendrá que individualizar en cada caso la estrategia terapéutica más acertada para mejorar la calidad de vida del paciente.

El objetivo de este estudio es exponer la utilidad de los fijadores externos circulares para corregir las deformidades adquiridas del pie, utilizando como ejemplo un caso clínico.

## MATERIAL Y METODOLOGÍA

Presentamos el caso de una niña de 11 años originaria de Benín con secuelas en la extremidad inferior izquierda tras sufrir una quemadura 8 años atrás. Presentaba una brida cicatricial desde la raíz del muslo hacia la zona lateral de la rodilla y el tercio distal de la pierna, donde se ensanchaba, hasta la cara dorsolateral del pie.

La brida condicionaba una deformidad en flexión de la rodilla y una severa deformidad del retropié en talovalgo y rotación externa con pronación máxima del antepié, que obligaba al apoyo con el maléolo interno y la cara medial del antepié.



Imagen superior: Brida cicatricial y deformidad presentes en la primera consulta.  
Imagen inferior: Radiografías de pie y tobillo derecho realizadas antes de comenzar el tratamiento.

En la primera intervención, el equipo de Cirugía Plástica realizó la exéresis de la brida y cobertura del tercio distal de la pierna y el pie con un colgajo libre, mientras que el equipo de Ortopedia Infantil estabilizamos el rango obtenido tras la liberación con 3 agujas K. Un mes después se intervino de nuevo para cobertura cutánea definitiva y retirada de agujas. Tras iniciar rehabilitación, consiguió extensión completa de la rodilla.



Imagen clínica tras finalizar rehabilitación.

Posteriormente, colocamos un fijador externo circular hexápodo, con el objetivo de realizar una corrección gradual que permitiera la adaptación cutánea con el menor riesgo de lesión neurovascular.

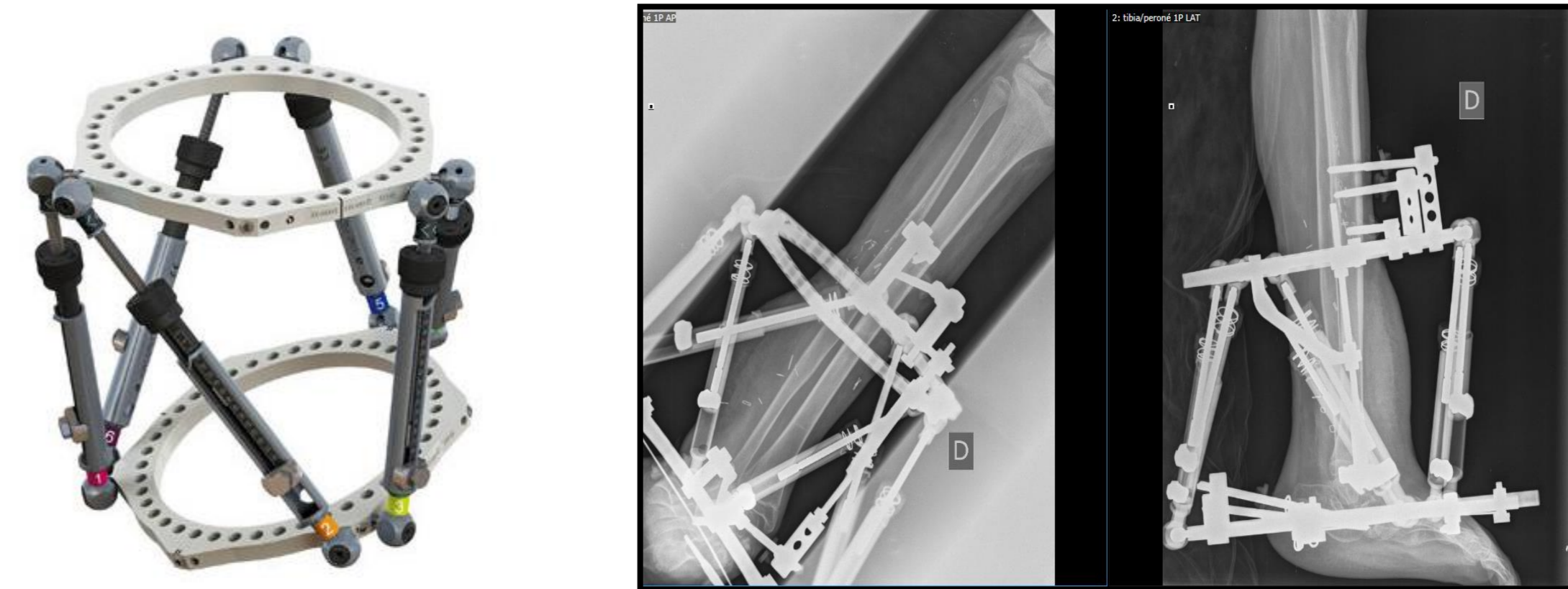


Imagen izquierda: Fijador externo utilizado.  
Imagen derecha: Control postquirúrgico tras colocación del fijador.

Según la planificación, corregimos la rotación externa, el valgo y la hiperpronación. Tras tres meses finalizamos la movilización. Tres meses más tarde, procedimos a la extracción del fijador y reducción y artrodesis de articulaciones subastragalina y astragaloescafoidea.

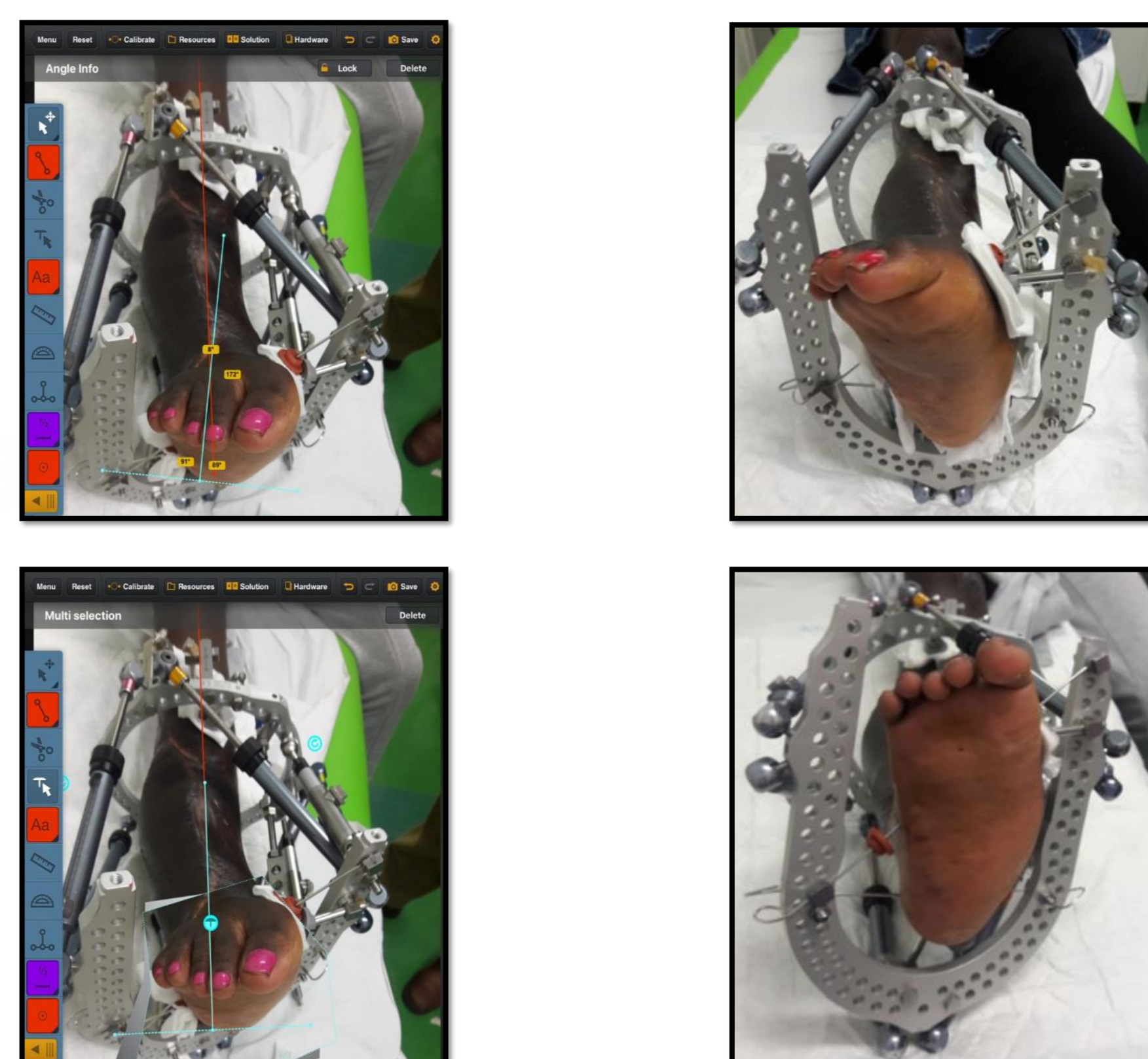


Imagen izquierda: Programa de ordenador para corregir la deformidad. Superior: Últimos grados de pronación establecidos. Inferior: Resultado previsto tras la corrección.  
Imagen derecha. Superior: Imagen clínica postquirúrgica. Derecha: Imagen clínica tras 3 meses de movilización.

## RESULTADOS

A día de hoy, la paciente presenta un apoyo plantígrado con mínima disimetría, lo que le permite realizar actividades sin dolor y con menor limitación.



Imagen izquierda: Radiografías tras último control postquirúrgico.  
Imagen derecha: Imagen clínica tras último control postquirúrgico.

## CONCLUSIONES

Los fijadores externos circulares nos sirven para corregir deformidades parcialmente reducibles y minimizan el riesgo de lesión neurovascular, aspecto que debemos tener en cuenta en casos como el que presentamos.