

Caso clínico de síndromes compresivos de la extremidad inferior

Jorge F Clifton Correa,* Ana Fernanda Espinosa de los Monteros Kelley,**
Leonardo López Almejo**

RESUMEN CLÍNICO

Paciente masculino de 23 años de edad, deportista de alto rendimiento (beisbolista) en Estados Unidos de Norteamérica, sin antecedentes heredofamiliares o personales patológicos de importancia.

Inicia su padecimiento actual en junio de 2013, al presentar traumatismo severo en rodilla y pierna izquierda durante la actividad deportiva, siendo diagnosticado con lesión de ligamento cruzado anterior y contusión de pierna izquierda.

Se observa limitación para la movilidad del tobillo y dedos del pie izquierdo, con parestesias en misma zona anatómica.

Posteriormente, el paciente refiere limitación en la flexión dorsal del pie y los dedos, así mismo hipoestésias en zona externa de pierna y pie (*Figura 1*), además de dolor importante en zona inferior y lateral de la rodilla.

Es manejado mediante reconstrucción de ligamento cruzado anterior; además se le realiza aparente revisión de nervio peroneo común. Posteriormente es enviado durante varios meses a un programa de terapia física y rehabilitación y colocación de férula en pie, sin mostrar mejoría clínica funcional.



Tomado de: *Trauma Fund MAPFRE*. 2013; 24 (4): 221-223.

Figura 1. Área sensitiva del nervio ciático poplíteo externo.

* Cirujano Plástico y Reconstructivo. Cirujano de mano. Microcirugía de Plexo Braquial y Nervio Periférico. Profesor titular del Diplomado en Microcirugía de Plexo Braquial y Nervio Periférico. Universidad Autónoma de Coahuila. Grupo Mielina México.

** Grupo Mielina México.

Dirección para correspondencia:

Dr. Jorge F Clifton Correa

Av. Terranova Núm. 556,

Col. Prados Providencia, 44670, Guadalajara, Jalisco, México.

Cel: 333 149 8535.

Correo electrónico: jclif_2000@yahoo.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/orthotips>

El día 25 de junio de 2013 se le realiza estudio de conducción nerviosa, en el cual se concluye: electromiografía (EMG) anormal, indicativa de axonotmesis del nervio ciático poplíteo externo (*Figura 2*).

Posteriormente, en marzo de 2014, el paciente decide acudir a revisión con un cirujano de nervio. Es evaluado clínicamente y en la exploración física se encuentra:

- Marcha en Steppage.
- Limitación total para la flexión dorsal del tobillo.
- Limitación total para la flexión dorsal de los dedos del pie izquierdo.
- Hipoestesias importantes en región externa de pierna y pie izquierdos.
- Atrofia muscular de tibial anterior.
- Parálisis de los músculos tibial anterior, extensor largo del primer dedo y de los peroneos.

Con base en lo anterior y en la explicación médica realizada, el paciente decide manejo quirúrgico.

Se realiza procedimiento quirúrgico en mayo de 2014 (11 meses después de su lesión), encontrándose fibrosis severa en trayecto del nervio ciático común y 10 cm distal a su división en externo e interno, con áreas de compresión severas del mismo.

Por tal motivo se procede a realizar la exploración de todo el trayecto del nervio ciático poplíteo común y hasta 10 cm distal en su división en interno y

NEUROCONDUCCION MOTORA			
NERVIO	Latencias mseg	Amplitud mV	Velocidad de NC
N. Tibial Der.	5.3-15.6	4.40	38.6
N. Tibial Izq.	5.0-16.2	7.20	35.8
N. Peroneo Der.	3.6-11.4	3.90	44.8
N. Peroneo Izq.	Nsr	--	--
NEUROCONDUCCION SENSORIAL			
NERVIO	Latencias mseg	Amplitud Liv	
N. Sural Der.	3.5	15	
N. Sural Izq.	3.6	20	
N. PCS Der.	3.4	15	
PCS Izq.	Nsr	--	--

RESPUESTA "F" DE N. PERONEO (Ciático poplíteo externo)
 Der/Izq. 30.0/Nsr mseg
 Músculo estudiados: vasto medial, ext. Largo del 1er ortojo, tibial anterior, peroneo lateral largo, peroneo lateral corto y gemelo medial izquierdos.
 Actividad de Inserción: Normal.
 Actividad de reposo: Abundantes ondas positivas sobre Músculos: Tibial anterior, peroneos laterales, extensor largo del primer ortojo izquierdos.
 Patrón a la actividad: No se reclutan unidades motoras en músculos de n. Ciático poplíteo externo izquierdo.
COMENTARIO: El presente estudio de Electromiográfico se realizó utilizando un electromiografo Nihon Khoedem, reportando lo siguiente. No se evoca latencia motora ni sensorial de N. Peroneo izquierdo, Respuesta "F" de Nervio Peroneo izquierda no evocada al estudio con electrodo de aguja monopolar con datos de inestabilidad de membrana en todos los músculos inervados por N. Peroneo izquierdo.
CONCLUSIÓN: *EMG ANORMAL INDICATIVA DE AXONOTMESIS CON BLOQUEO DE LA CONDUCCION DE N. PERONEO (Ciático Poplíteo Ext.) IZQUIERDO A NIVEL DE RODILLA*****
 Se anexan gráficos.

Figura 2. Estudio de conducción nerviosa del paciente. 25 de junio de 2013. Axonotmesis del NCPE.



Figura 3. Imagen del procedimiento quirúrgico.



Figura 4. Imagen inicial que muestra la fibrosis perineural, luego de la liberación de la compresión externa del nervio ciático poplíteo externo (NCPE).

externo. Se realiza la liberación de las áreas de compresión. Además, por el aspecto del nervio, por el tiempo prolongado de lesión, la compresión tan severa y la fibrosis, se decide la transferencia tendinosa de tibial posterior para tibial anterior y extensión de los dedos. Dicho procedimiento se realiza sin complicaciones (*Figuras 3 y 4*).

Posterior a las 24 horas de la cirugía, el paciente refiere mejoría importante del dolor que mostraba en zona inferior y lateral de la rodilla izquierda. Y es egresado a su domicilio con férula suropodálica.

Luego de cuatro semanas del postquirúrgico, el paciente es evaluado, retirándole la férula, refiriendo mejoría casi total del dolor de la pierna, así como de la sensibilidad al disminuir la hipoestesia. Se logra movilidad pasiva y activa para la dorsiflexión de tobillo.