

Caso clínico

Lesión de nervio ciático, una forma de tratamiento

Leonardo López Almejo, José Luis Romero Ayala,**
Ana Fernanda Espinosa de los Monteros Kelley****

Se trata de paciente masculino de 32 años, piloto profesional que inicia padecimiento actual el día 09 de abril de 2016 a las 22 horas al estar participando en la segunda carrera (nocturna) del *CODE off-road, CODE night rice*, manejando una moto Honda 450 TRX 2005 (*Figura 1*) a una velocidad aproximada de 80 km/h. Muestra pérdida de la estabilidad al brincar un espacio de arena y sufre caída del vehículo en movimiento con todo su peso (*Figura 2*), principalmente sobre la cadera derecha, mostrando dolor severo y limitación funcional de la misma región y en la extremidad inferior derecha. Ingresa primero a un hospital privado y posteriormente es trasladado al Hospital IMSS Núm. 30 de Mexicali el día 11 abril de 2016, encontrándose fractura de cadera derecha (*Figura 3*), con dolor severo, sensación de chasquido, parestesias y limitación funcional de la misma extremidad, principalmente en la dorsiflexión y eversión del



Figura 1. Tipo de vehículo (TRX2005) previo a la carrera.

* Cirujano Ortopedista. Fellowship en Cirugía de Mano y Microcirugía de Plexo Braquial y Nervio Periférico. Egresado de Centro Universitario del Sur U de G y Hospital Magdalena de las Salinas IMSS. UNAM.

** Cirujano Ortopedista. Egresado de la UMAE Magdalena de las Salinas IMSS, Ciudad de México. Adscrito al Hospital HGZ 30 IMSS Mexicali BC. Miembro del Colegio de Ortopedia y Traumatología de Mexicali AC.

*** Fellowship en Cirugía de Mano y Microcirugía de Plexo Braquial y Nervio Periférico. Profesor del Diplomado en Cirugía de Plexo Braquial. Universidad Autónoma de Coahuila. Grupo Mielina México.

Dirección para correspondencia:

Dr. Leonardo López Almejo
Hospital Star Médica, Av. Universidad No. 103, Consultorio 219,
Col. Villas de la Universidad, 20020, Aguascalientes, Ags. México.
Cel: +52 44 9413 9901
E-mail: lyon77777@hotmail.com

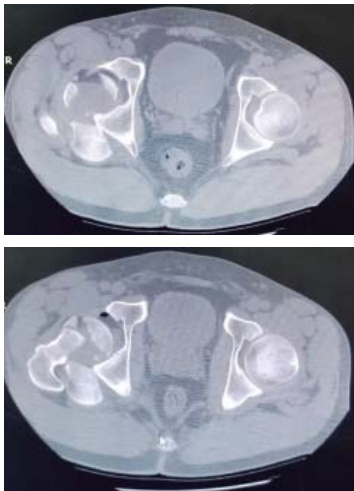
Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/orthotips>



Figura 2. Momento del desequilibrio y la caída.



Figura 3. Radiografía AP de caderas en la que se observa fractura de cadera derecha.



Figuras 4 y 5. Tomografía de caderas que muestra la pérdida de la continuidad ósea de la cadera con la imagen del fragmento en acetábulo posterior.

pie. Se realiza TAC que evidencia la pérdida de la continuidad ósea en cadera, mostrando fractura luxación de la cabeza femoral, con fragmento posterior (Figuras 4 y 5).

Se lleva a cabo procedimiento quirúrgico el día 12 de abril de 2016 a través de la artroplastia total de cadera derecha (Figura 6), como hallazgos se observa parte de la cabeza femoral (50%) en la escotadura ciática dificultando las maniobras para la extracción de la misma. En el postquirúrgico muestra mejoría del dolor de manera importante, pero persisten las parestesias y la limitación funcional en el pie. Se egresa del hospital e inicia un plan de terapia física y rehabilitación durante cuatro semanas sin mostrar mejoría de la limitación de dicha extremidad.

Se envía a evaluación por cirujano de plexo braquial y nervio periférico, se detecta dolor en el cuadrante inferior medial leve y en el lateral moderado del glúteo derecho, presencia de Tinel, doloroso en punto medio del glúteo, parestesias en dicha zona con irradiación a parte posterior y lateral de



Figura 6. Radiografía AP de caderas en la que se observa el resultado postquirúrgico.



Figura 7. Se representa la marcha en Steppage previo a la cirugía del nervio ciático.



Figura 8. Se observa un balance adecuado en la marcha con dorsiflexión normal cinco meses después de la cirugía.

la pierna y del pie derecho. Muestra posición del pie derecho con inversión leve. Marcha en Steppage (Figura 7), apoyando sólo con parte de la barra lateral. Se observa atrofia muscular en región del tibial anterior, gastrocnemio externo y peroneos así como limitación completa en la dorsiflexión y la eversión del pie. Se solicitó previamente un estudio de conducción nerviosa, el cual concluyó que el paciente mostraba resultados anormales indicativos de una afección muy severa con datos desmielinizantes en nervio ciático poplíteo externo y moderada en nervio tibial posterior con daño tanto motor como sensitivo.

Se propone procedimiento quirúrgico con base en la evolución tórpida de la función de la extremidad, mismo que se efectúa el día 10 de junio de 2016 a través de la exploración del nervio ciático con abordaje posterior a través del glúteo, encontrándose abundante tejido fibroso. Se realiza neurólisis, se localiza nervio ciático y se observa lesión parcial de la rama del ciático poplíteo externo y lesión parcial de la rama del tibial posterior. Se procede a la reconstrucción de la parte afectada con microsuturas con apoyo de material microquirúrgico y aumento visual. Se efectúa transferencia nerviosa terminolateral de la rama superior del semimembranoso para semitendinoso, pues en la estimulación nerviosa transquirúrgica (2 miliamperio segundo), la respuesta fue nula. Posteriormente se realiza transferencia tendinosa interósea distal del tibial posterior al tibial anterior (50%), extensor común de los dedos (25%) y extensor del *Hallux* (25%) para favorecer la dorsiflexión y la extensión de los dedos. Se inmoviliza con férula suropodálica durante cuatro semanas, posteriormente se inicia terapia física y rehabilitación con apoyo parcial progresivo con muletas durante dos meses, mostrando buena evolución. El dolor

desapareció, las parestesias disminuyeron de forma significativa, la marcha mejoró de manera importante, lográndose el apoyo en ambas barras del pie con dorsiflexión de hasta de 15°. Extensión y flexión activa de los dedos, el trofismo muscular en la extremidad inferior derecha mejoró. El paciente se

mantuvo durante dos meses con apoyo de muletas, posteriormente con apoyo de bastón durante un mes, a los cuatro meses manejaba auto con precaución. Al segundo mes se reincorporó a su trabajo (administrativo) y a los seis meses logró realizar actividades de mayor esfuerzo. Se mantuvo durante 10 meses en rehabilitación. Mostró una mejoría clínica realmente significativa con una evolución satisfactoria pocos meses después de las cirugías (*Figura 8*). A los ocho meses logró incorporarse de forma plena a trabajo de esfuerzo que le demandaba marcha prolongada y carga.