



## 387/175 - CUIDADO CON LAS POSTURAS CÓMODAS

E. Abreut Olsen<sup>1</sup>, M. Nielfa González<sup>2</sup>, R. López Sánchez<sup>3</sup>, J. Bustamante Odriozola<sup>4</sup>, J. Cepeda Blanco<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr Morante. Santander. Cantabria. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Santander. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Morante. Santander. Cantabria. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Santander. Cantabria. <sup>5</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Hombre de 53 años que acude a su MAP por cuadro de impotencia funcional tobillo derecho para la dorsiflexión de forma brusca sin antecedente traumático de 2 horas de evolución. Refiere haber tenido la pierna derecha sobre la izquierda y haberse despertado de la siesta con esta sintomatología. Hipoestesias en pie. No cefalea. No otros signos de focalidad neurológica. Previamente asintomático. AP: Dislipemia. Insomnio. Síndrome de túnel carpiano moderado-severo bilateral. No IQ en MMII. Fumador de 10 cigarrillos/día. Bebedor cerveza, vino diario. Tratamiento habitual: atorvastatina, zolpidem, omeprazol, diclofenaco.

**Exploración y pruebas complementarias:** Impotencia funcional completa para la dorsiflexión de tobillo 0/5 (tibial anterior y extensor hallucis), 1-2/5 extensor común de los dedos. Flexión plantar tobillo y dedos conservada, activa y resistida. Exploración sensitiva: insensibilidad en territorio n. peroneo profundo. Conservada para nervio peroneo superficial y tibial posterior. No equimosis, no edema, piel íntegra. Niega traumatismo. Índice tobillo-brazo (ITB) 1,2. Pulso pedio presente. No dolor en recorrido del peroné derecho, no dolor en peroné proximal. Radiografía: sin hallazgos patológicos. Traumatología le valora e indican utilizar ortesis tipo cam-Walker, solicitan estudio neurofisiológico y derivación a Rehabilitación. El estudio neurofisiológico revela datos compatibles con una afectación del nervio ciático poplíteo externo derecho en cabeza de peroné, coexistiendo datos de bloqueo a la conducción (desmielinización) y de incipiente denervación. Dos semanas más tarde, en la valoración por Rehabilitación presenta una EF con balance muscular: tibial anterior 1/5; extensor 1<sup>er</sup> dedo y común de dedos: 3/5, peroneos 3/5, tríceps sural 5/5. Hipoestesia en territorio de L5 derecho. Realizan TC lumbar que no arroja hallazgos que justifiquen la clínica. Indican tratamiento mediante electroestimulación muscular de tibial anterior. En revisiones posteriores, el paciente presenta mejoría del balance muscular en tibial anterior 4/5.

**Juicio clínico:** Lesión compresiva del nervio ciático poplíteo externo.

**Diagnóstico diferencial:** Hernia discal lumbar L5. Neuropatía ciática. Esclerosis lateral amiotrófica.

**Comentario final:** El nervio peroneo es el más afectado de la extremidad inferior y puede sufrir afectación por compresiones repetidas. Puede afectarse por diferentes mecanismos, como fracturas, hematomas, tumoraciones, compresión mecánica por posturas repetitivas. La debilidad en la dorsiflexión del pie, que trae como resultado el pie péndulo, es una de las presentaciones más comunes; sin embargo, este signo puede

observarse también en otras condiciones, como neuropatía del ciático, radiculopatía lumbar con afectación de L5, enfermedades generalizadas como esclerosis lateral amiotrófica. También se pueden presentar zonas de hipoestesias, que corresponderán al sitio de afectación del nervio. El diagnóstico es en primer momento clínico para luego confirmarlo mediante el estudio neurofisiológico. El tratamiento consiste en la rehabilitación para casos leves, y los más severos requieren exploración del nervio, liberación y neurolisis. El pronóstico es bueno, con la recuperación completa en la mayoría de casos. Si se trata de un pie péndulo ya establecido, el tratamiento estándar es la transferencia tendinosa dinámica del tibial posterior para su corrección, con el objetivo de generar un pie plantigrado.

## Bibliografía

Álvarez BA. Neuropatías periféricas por atrapamiento. En: Sánchez-Blanco I, et al. Manual SERMEF de rehabilitación y medicina física. Madrid: Panamericana; 2006: pp. 309-27.