

424/3167 - TRAS SEDESTACIÓN PROLONGADA...

A. Navarro Siguero, M. Melendro Estefanía, E. Pérez Fernández y P. Herraiz Arcediano

Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta del Ángel. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 20 años. Antecedente consumo cannabis, traumatismo costado hace 8 meses mientras patinaba (atendido en hospital, diagnosticado de ciática izquierda), ataques ansiedad ocasionales (seguimiento psiquiatra y psicólogo). Estudiante. Deportista. No tratamiento habitual. Sentado en clase comenzó con parestesias desde rodilla hasta pie derecho; al volver a casa continuó con la pierna dormida y no podía apoyar talón derecho. Consultó a los dos días con médico de urgencias por persistir la caída del pie derecho y episodio de palpitaciones, incapacidad para hablar e hipoestesia facial derecha con resolución espontánea. Le Indicó ibuprofeno, paracetamol y acudir a su médico. No alteración esfínteres, fiebre ni cefalea.

Exploración y pruebas complementarias: Médico de Atención Primaria: cardiopulmonar y abdomen normal, puño-percusión renal negativa. Piernas pulsos conservados sin signos trombosis venosa profunda. Consciente, orientado, lenguaje fluente. Hipoestesia facial hemicara derecha, no parálisis facial, resto pares craneales normales. Fuerza miembros superiores 5/5. Debilidad flexión dorsal y eversión pie derecho (2-3/5), extensión dedo gordo derecho 4/5, incapacidad para caminar de talones, marcha en estepaje pierna derecha. Hipoestesia cara lateral pierna y dorso pie, reflejos normales. Romberg negativo. Coordinación normal. Interconsulta urgencias hospital (acude 48 horas después). Neurólogo: misma exploración. Radiografías (lumbar, pierna, rodilla), análisis sangre y orina, TAC craneal sin alteraciones. Rechazaron ingreso. Citaron con Unidad Neuromuscular: Electromiograma: daño axonal en tibial anterior con velocidad de conducción lenta en cabeza del peroné. RMN columna lumbar: pérdida altura disco L5-S1, hernia extruida posterolateral izquierda, con componente en receso epidural y foraminal izquierdo, contactando con raíces L5 y S1 izquierdas. Plan: evitar cruzar piernas y deportes de impacto.

Orientación diagnóstica: Neuropatía peroneal derecha por presión, hernia discal L5-S1 izquierda, hipoestesia facial con hallazgos de funcionalidad.

Diagnóstico diferencial: Radiculopatía L5, síndrome Guillain Barré, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, traumatismo medular.

Comentario final: La causa más frecuente de pie caído es la neuropatía peronea por compresión del nervio a nivel de cabeza del peroné. Si la causa es una lesión axonal severa, pueden tardar meses/años en recuperar funcionalidad.

Bibliografía

1. Rutkove S. Overview of lower extremity peripheral nerve syndromes. Web. UpToDate. Nov 2018.

2. Louro A, Álvarez I. Neuropatía peronea (pie caído). Guía Fisterra. Mayo 2016.

Palabras clave: Neuropatía peroneal. Parestesias.