

PARTE 2

RESOLUCIÓN DIAGNÓSTICA

Para poder ir centrando el diagnóstico se realizaron pruebas de imagen de TAC y RMN cerebral, se descartó isquemia aguda/subaguda.

Se solicitó EMG con diagnóstico de Mononeuropatía del N. peroneo común derecho a nivel de cabeza de peroné, con afectación de tipo “axonotmesis parcial” acusada para la rama profunda y más moderada para la rama superficial del nervio, asociando fenómeno de desmielinización segmentaria y componente de neuroapraxia, que ha remitido parcialmente.

Confirmábamos el diagnóstico de **Mononeuropatía N. Peroneal Derecho**, el paciente comenzó con tratamiento rehabilitador para recuperación de fuerza en tibial anterior y extensores de dedos del pie derecho, asociando electroestimulación para conseguir mejoría de flexión dorsal de tobillo y dedos. Y además se solicitó RMN de rodilla para poder descartar ocupación de espacio, bien un ganglión, o algún otro tipo de hallazgo que pudiera estar provocando compresión en dicha zona. No se vieron alteraciones en la articulación tibioperonea ni en las partes blandas adyacentes a la cabeza del peroné.

Una Mononeuropatía es la lesión de un único nervio periférico.

La compresión de un nervio durante mucho tiempo lo daña. Se producen sensación de hormigueo, pinchazos o entumecimiento en la zona afectada, y los músculos afectados se debilitan. Habitualmente el diagnóstico se basa en los síntomas y en los resultados de la exploración física.

Causas

Los traumatismos son la causa más frecuente de una mononeuropatía. La lesión suele estar causada por la presión sobre un nervio: Compresión prolongada de un nervio que pasa cerca de la superficie del cuerpo próximo a un hueso prominente, como un nervio en un codo, un hombro, una muñeca o

una rodilla (como ocurre durante un sueño prolongado y profundo, especialmente en alcohólicos)

Compresión por una escayola mal colocada o por muletas que no se ajustan bien o se utilizan de manera incorrecta. Compresión por permanecer en una postura forzada durante mucho tiempo, como en los trabajos de jardinería o en los juegos de naipes con los codos apoyados sobre una mesa

PRONÓSTICO Y EVOLUCIÓN

La evolución de la clínica fue muy buena, recuperando la casi totalidad de la fuerza (tibial anterior 4+, extensor hallux 4) y la sensibilidad conservada. Si el paciente no hubiera mejorado el balance muscular nos habríamos planteado la posibilidad de un “foot up” como asistente para la marcha si nos hubiera contado tropiezos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- MSDManuals. Enfermedades cerebrales, medulares y nerviosas periféricas.
- 2.- Traumatic neuroma of the superficial peroneal nerve in a patient: a case report and review of the literature. Kang J, Yang P, Zang Q, He X. World J Surg Oncol. 2016 Sep 10;14(1):242. doi: 10.1186/s12957-016-0990-6. Review.
- 3.- Common Fibular Nerve Compression: Anatomy, Symptoms, Clinical Evaluation, and Surgical Decompression. Anderson JC. Clin Podiatr Med Surg. 2016 Apr;33(2):283-91. doi: 10.1016/j.cpm.2015.12.005. Epub 2016 Feb 18. Review.
- 4.- Peroneal Nerve Palsy: Evaluation and Management. Poage C, Roth C, Scott B. J Am Acad Orthop Surg. 2016 Jan;24(1):1-10. doi: 10.5435/JAAOS-D-14-00420. Review.