

PARTE 1

TITULO DEL CASO: " Y DE REPENTE, NO PUEDO CAMINAR"

AUTOR: Dr. Juan Carlos Vázquez Bravo. Hosp. Dr Peset. Valencia.

ANAMNESIS

Varón de 60 años que refiere debilidad del pie derecho (no lo podía levantar al caminar) y sensación de acorchamiento que le llegaba hasta el muslo. El paciente estaba esperando a que su hija diera a luz, por lo que estaba paseando y sentándose, niega haber estado sentado mucho rato seguido o haber cruzado las piernas de forma prolongada. Tampoco palpitations en ningún momento ni dolor lumbar. A pesar de esto el paciente se iba a casa, pero cuando se sentó en el coche se dio cuenta de que no podía pisar el pedal, por lo que fueron a urgencias.

Como antecedentes, no presenta alergias medicamentosas, es diabético y dislipémico, fumador de 1 paquete/día. Estudiado hace 6 años en cardiología por un dolor torácico de bajo riesgo coronario con ecocardiograma con función ventricular normal y ergometría negativa.

EXPLORACION CLINICA:

En consulta, consciente, orientado en las 3 esferas, colaborador. Lenguaje normal. Campimetría por confrontación conservada. Pares craneales dentro de la normalidad. Balance muscular en MMSS normal y debilidad (3/5) en extensores de pie y dedos de pie derechos. No babinski. Sensibilidad: hipoestesia en pie derecho, especialmente en cara superior y medio pie distal, tanto en cara interna como externa. No alteraciones de la coordinación. Marcha normal. Consigue puntillas, pero no talones con el pie derecho. Lassegue negativo.

Auscultacion cardiopulmonar: rítmica sin roces ni soplos. No soplos carotideos. Pulsos distales presentes y simétricos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debe comprender desde patología vasculonerviosa central, teniendo que descartar una posible isquemia aguda o subaguda (recordemos que el paciente es fumador, diabético y dislipémico).

El accidente cerebrovascular (ictus) ocurre cuando una arteria que va al cerebro se obstruye o se rompe, produciendo la muerte de un área del tejido cerebral provocada por la pérdida de irrigación sanguínea (infarto cerebral) y causando síntomas repentinos. La mayoría de los accidentes cerebrovasculares son isquémicos (generalmente debido a la obstrucción de una arteria), pero algunos son hemorrágicos (debido a la ruptura de un vaso).

Los accidentes isquémicos transitorios se asemejan a los accidentes cerebrovasculares isquémicos, excepto en que no existe daño cerebral permanente y los síntomas suelen desaparecer en una hora como máximo. Los síntomas se producen repentinamente e incluyen debilidad muscular, parálisis, pérdida o alteración en la sensibilidad de un lado del cuerpo, dificultad para hablar, confusión, problemas relacionados con la visión, mareos, pérdida de equilibrio y coordinación y, en un tipo concreto, dolor de cabeza repentino e intenso.

Otra opción podría ser una radiculopatía de L5-S1 por la localización de la paresia o una mononeuropatía de nervio periférico.

Radiculopatía: distintas lesiones pueden comprimir la médula espinal y provocar déficits sensitivos, motores, reflejos y esfinterianos secundarios. La compresión es causada con mayor frecuencia por lesiones extramedulares que por lesiones intramedulares. La compresión puede ser aguda, subaguda o crónica. La compresión aguda se desarrolla en minutos a horas. Se puede deber a un traumatismo (fractura aplastamiento vertebral con desplazamiento de los fragmentos de la fractura, herniación discal aguda...). La compresión subaguda aparece en días a semanas. La compresión crónica aparece en meses a años. Habitualmente es causada por protrusiones óseas en el canal medular cervical, torácico o lumbar. La compresión puede ser agravada por un disco herniado y por la hipertrofia del ligamento amarillo.

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.