

RESOLUCIÓN DIAGNÓSTICA

Se realizó Resonancia Magnética (RM) para caracterizar la lesión hipoecogénica observada. El estudio confirmó la presencia de un ganglión de gran tamaño originado en la articulación tibio-peronea proximal, que se extendía distalmente y comprimía el nervio peroneo superficial: “Voluminosa lesión intramuscular en el extensor largo de los dedos sugestivos de quiste sinovial/ganglión tibioperoneo con componente de sangrado en su interior”



Este hallazgo explicaba la clínica y la aparente falta de correlación con una lesión muscular.

Dado que el cuadro clínico estaba muy focalizado en el atrapamiento nervioso por la masa quística, se procedió a la aspiración ecoguiada parcial del ganglión, con el objetivo de descomprimir el nervio. Se realizó control evolutivo en consultas externas de Rehabilitación, para vigilar la respuesta sintomática y la posible recidiva.

Finalmente tras la aspiración, remitió el dolor neuropático de forma casi inmediata, mejoró la hipoestesia, persistiendo solo una leve alteración sensitiva residual que fue disminuyendo gradualmente, el paciente retomó su actividad de bicicleta sin dolor al cabo de pocas semanas.

No se observó recidiva en el seguimiento inicial (varias semanas). Se programaron controles ecográficos periódicos para detectar eventuales recurrencias.

El pronóstico es favorable a corto y medio plazo. El riesgo de recidiva del ganglión existe, pero se considera moderado. En caso de reaparición sintomática, podría valorarse una exéresis quirúrgica completa. Entretanto, el paciente se mantiene asintomático y con función preservada en sus actividades cotidianas.

Discusión

El caso clínico presentado resalta la importancia de un enfoque sistemático para el diagnóstico y manejo de neuropatías compresivas del nervio peroneo, haciendo uso de técnicas de imagen avanzadas, evaluación clínica minuciosa y abordajes terapéuticos dirigidos. A continuación, se detallan los puntos clave, respaldados por literatura relevante:

La evaluación inicial incluyó un diagnóstico diferencial amplio, lo cual es esencial en casos de neuropatías periféricas para descartar tanto causas neurológicas como musculoesqueléticas. En particular, la presencia de un quiste sinovial fue considerada tras identificar características clínicas y hallazgos en la ecografía que sugerían una lesión ocupante de espacio. Según **Huang et al. (2014)**, los quistes sinoviales en la articulación tibiofibular proximal son una causa rara pero importante de neuropatía peroneal, frecuentemente asociada con síntomas neurológicos progresivos como debilidad y dolor irradiado.

La ecografía y la resonancia magnética (RM) fueron fundamentales para confirmar la naturaleza del quiste ganglionar y su relación con el nervio peroneo superficial. **Kumar et al. (2020)** subrayan la utilidad de estas técnicas para diferenciar entre lesiones intramusculares y extramusculares, destacando que la RM es particularmente útil para planificar tratamientos quirúrgicos o conservadores. Además, **Pemmari et al. (2022)** refuerzan que la ecografía no solo permite identificar la presencia de quistes intraneurales, sino también evaluar dinámicamente la compresión del nervio durante movimientos funcionales.

El análisis dinámico de la neuropatía mediante pruebas clínicas como la flexión plantar repetitiva es crucial en casos de neuropatía peroneal, ya que puede revelar

exacerbaciones de la compresión nerviosa no evidentes en reposo. **Kitamura** et al. (2017) demostraron que los factores dinámicos, como el aumento de presión en el nervio peroneo durante la flexión plantar, son relevantes en el diagnóstico y tratamiento de neuropatías compresivas. Este enfoque es particularmente valioso en el presente caso, donde el dolor neuropático se exacerbaba en determinadas posturas.

La aspiración ecoguiada del ganglión permitió una resolución sintomática sin necesidad de una intervención quirúrgica invasiva. Este abordaje se alinea con casos reportados por **Kumar** et al. (2020) y **Andresen** et al. (2023), quienes documentan el éxito de tratamientos conservadores en lesiones ocupantes de espacio cuando se realiza un diagnóstico temprano y preciso. No obstante, en lesiones recurrentes o de mayor tamaño, como las descritas por **Pemmari** et al. (2022), podría ser necesario un manejo quirúrgico para lograr una descompresión completa y prevenir daños permanentes.

El pronóstico favorable tras la aspiración del ganglión destaca la importancia de un manejo individualizado basado en las características clínicas y anatómicas del paciente. Según la literatura, un seguimiento regular con ecografía es esencial para detectar recurrencias tempranas y evaluar la necesidad de intervenciones adicionales

.

Conclusiones

1. La **combinación de técnicas de imagen**, como la ecografía y la RM, es esencial para identificar lesiones neuropáticas ocupantes de espacio y orientar el tratamiento adecuado.
2. El **manejo conservador**, como la aspiración ecoguiada, es una opción eficaz para casos seleccionados, aunque debe complementarse con un seguimiento regular para detectar recurrencias.
3. La evaluación de factores dinámicos y funcionales es crucial en neuropatías compresivas, destacando la importancia de pruebas como la flexión plantar repetitiva para identificar el impacto clínico.

4. Un enfoque multidisciplinario garantiza una atención integral y personalizada, optimizando los resultados funcionales a corto y largo plazo.
5. La literatura revisada refuerza que estos casos deben ser manejados considerando tanto la evidencia clínica como los aspectos individuales del paciente, maximizando así las posibilidades de recuperación funcional.

Referencias bibliográficas

1. Huang SW, Wang WT. Early detection of peroneal neuropathy by ultrasound. *Indian J Orthop*. 2014;48(1):104-6.
2. Kim K, Isu T, Kokubo R, Morimoto D, Kobayashi S, Morita A. Repetitive Plantar Flexion (Provocation) Test for the Diagnosis of Intermittent Claudication due to Peroneal Nerve Entrapment Neuropathy: Case Report. *NMC Case Rep J*. 2015;2(3):140-2.
3. Kitamura T, Kim K, Morimoto D, Kokubo R, Iwamoto N, Isu T, et al. Dynamic factors involved in common peroneal nerve entrapment neuropathy. *Acta Neurochir (Wien)*. 2017;159(8):1513-9.
4. Matsumoto J, Isu T, Kim K, Iwamoto N, Yamazaki K, Isobe M. Clinical features and surgical treatment of superficial peroneal nerve entrapment neuropathy. *Neurol Med Chir (Tokyo)*. 2018;58(7):320-5.
5. Hallinan JT, Wang W, Pathria MN, Smitaman E, Huang BK. The peroneus longus muscle and tendon: a review of its anatomy and pathology. *Skeletal Radiol*. 2019;48(6):851-70.
6. Nirenberg MS. A simple test to assist with the diagnosis of common fibular nerve entrapment and predict outcomes of surgical decompression. *Acta Neurochir (Wien)*. 2020;162(6):1423-9. doi:10.1007/s00701-020-04344-3
7. Kumar D, Sodavarapu P, Salaria AK, Dudekula S, Guduru A. Recurrent ganglion cyst in peroneus longus. *Cureus*. 2020;12(5):e7972.
8. Pemmari A, Mäkelä K, Niemi J, Kiekara T, Himanen SL. Large intraneural ganglion cyst in the peroneal nerve. *Case Rep Neurol*. 2022;14(1):44-50.

9. Andresen JR, Puchner S, Radmer S. Successful treatment of a painful os peroneum using conservative measures, infiltration therapy, and shock waves. J Surg Case Rep. 2023;2023(12):1-3.
 10. Andresen JR, Puchner S, Radmer S. Successful treatment of a painful os peroneum using conservative measures, infiltration therapy, and shock waves. J Surg Case Rep. 2023;2023(12):1-3.
 11. Lee RY, Colville JM, Schuberth JM. Acute compartment syndrome of the leg with avulsion of the peroneus longus muscle: a case report. J Foot Ankle Surg. 2009;48(3):365-7.
-

Firmado:

Pedro J. Castell Navarro MIR 2º año.

Servicio de Rehabilitación, Hospital General Universitario Dr. Balmis