

Clínica neurológica tras fusión toraco-lumbar.

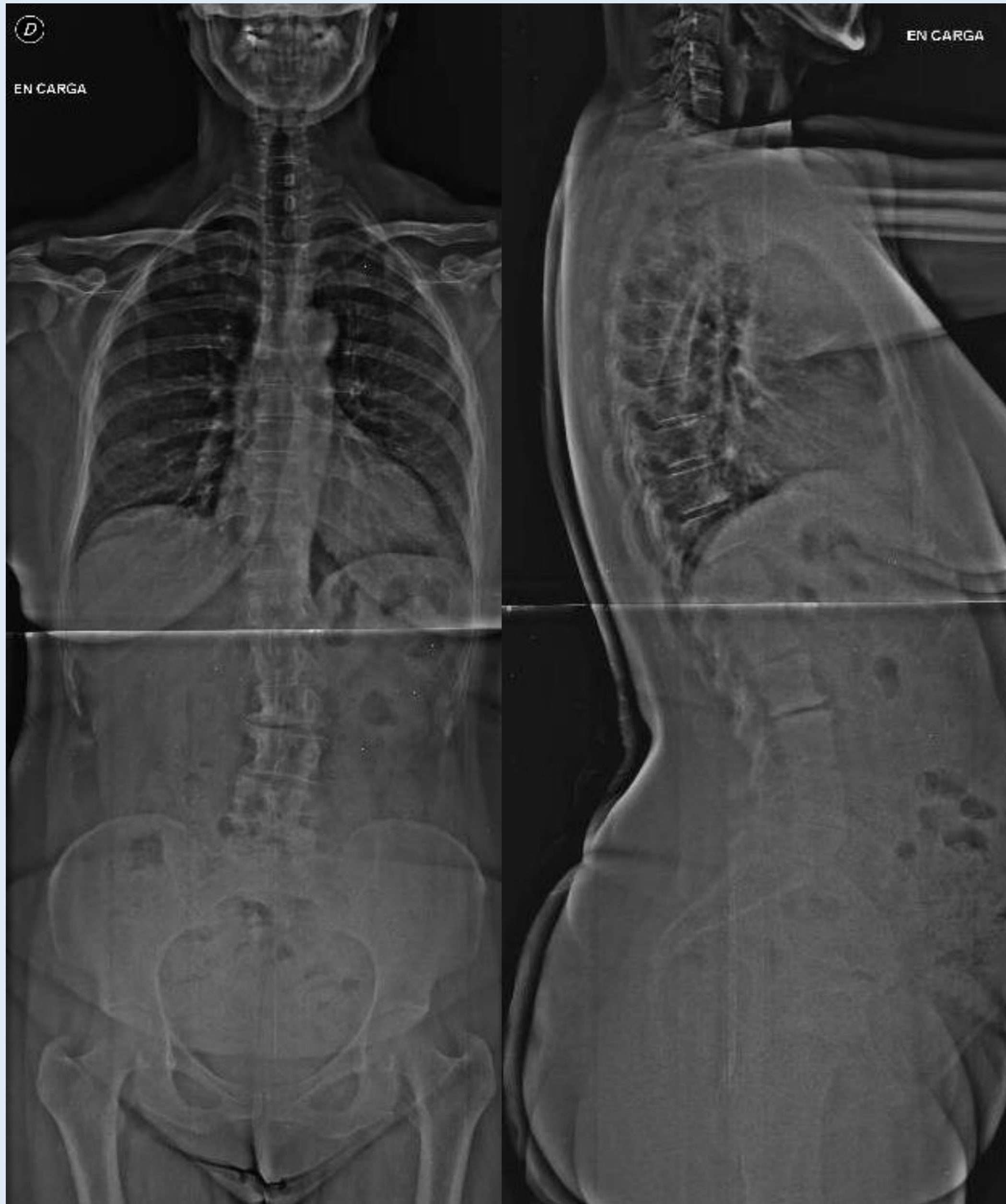
¿Qué ha pasado?

Bernal Moreno J, Hidalgo Pérez M



INTRODUCCIÓN

Las lesiones del nervio ciático poplíteo externo (CPE) están ampliamente descritas, especialmente tras cirugías de rodilla, sin embargo, también se han documentado casos de parálisis de CPE debido a la posición que el paciente adquiere tras una posición o movimiento mantenida. Conocer esta patología es esencial para su manejo en consulta.



CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 57 años que presentaba lumbalgia con ciática izquierda, escoliosis degenerativa lumbar con estenosis foraminales L4-L5 y L5-S1 izquierdas y limitación en su día a día a pesar de tratamiento conservador. En un principio se optó por cirugía conservadora con descompresión neuroquirúrgica foraminal liberando raíces L4, L5 y S1. La evolución fue desfavorable, sin mejoría, por lo que ante la persistencia clínica y limitación de la paciente se opta por corrección quirúrgica de la escoliosis (artrodesis T10 a Iliacos) más descompresión amplia foraminal L3 a S1 izquierdas. Liberación completa del saco dural más raíces S1, L5, L4 y L3 izquierdas. La paciente evoluciona favorablemente estando contenta con perfil clínico, sin lumbalgia. A los cinco días de la intervención, la paciente aqueja inicio de ligeras molestias en el pie.

RESULTADOS

La paciente no presenta clínica de déficit motor en extremidades inferiores tras la cirugía. Maniobras estiramiento radicular negativas. En el plano sensitivo destacan disestesias en pie izquierdo en región anterolateral con dolor.

- El electroneurograma informó de una axonotmesis de la rama superficial de nervio ciático poplíteo externo izquierdo en cabeza de peroné de grado leve.

Se optó por tratamiento conservador con pregabalina y ejercicios de rehabilitación alcanzando mejoría antes de los 6 meses.

CONCLUSIONES

En la mayoría de los casos de lesión de CPE con etiología postural el diagnóstico se realiza con ENG/EMG recomendando seguimiento seriados cada 3 meses para evaluar la evolución. El tratamiento "gold standard" de inicio es el conservador, recuperando la función completa en la mayoría de los casos antes de los 3 meses. En situaciones resistentes a tratamiento conservador, origen traumático o compresivo, se opta por un tratamiento quirúrgico, que puede consistir en la liberación de la rama nerviosa, o transferencias tendinosas entre otras.

