

Tratamiento del ganglión intraneural del nervio ciático poplíteo externo

Jose F. González Sánchez, Ana Belén Pagán Nuñez, Andres Bascuñana Mas, Moises Valles Andreu, Juan Andrés González García (Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca)

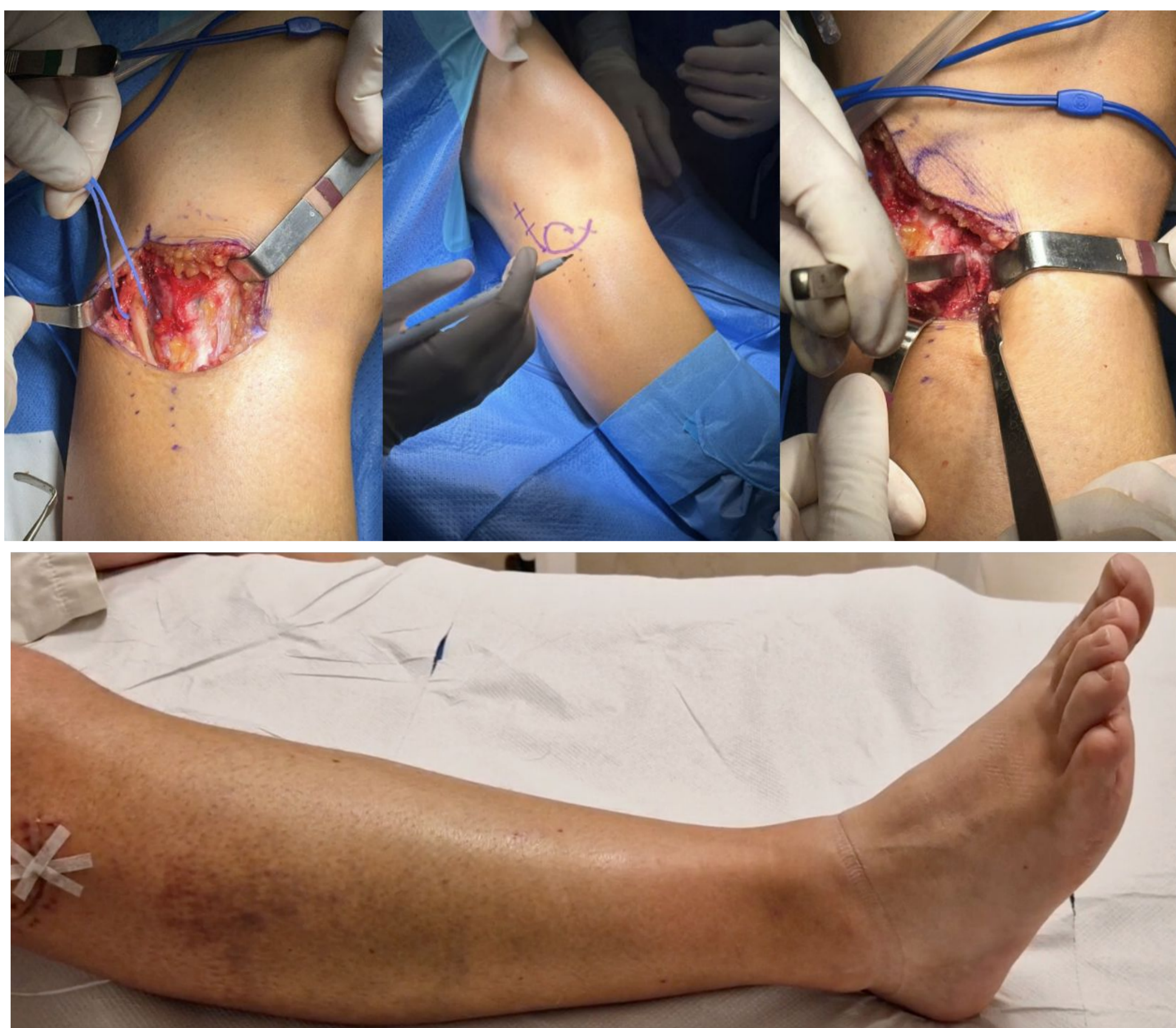
Objetivo: Los ganglios intraneurales suelen aparecer en el nervio peroneo, cerca del cuello del peroné. Para su tratamiento es necesario desconectar la rama articular. Estos gangliones son lesiones benignas poco frecuentes que pueden causar síntomas neuropáticos significativos, incluida la parálisis del CPE, lo que dificulta el diagnóstico diferencial con otras afecciones como traumatismos, síndromes de compresión o lesiones discales lumbares.

Un diagnóstico temprano es crucial, ya que la demora puede llevar a daño axonal irreversible, resultando en la denervación muscular de los músculos tibialis anterior, fibularis longus y brevis, lo que afectaría la dorsiflexión y eversión del pie de manera potencialmente permanente.

Material y método:

Se presenta el caso de un varón joven con clínica de parestesias en territorio del ciático poplíteo externo de pierna derecha con incapacidad para la flexión dorsal máxima de meses de evolución.

Ampliando el estudio con RMN, se diagnosticó de un ganglión intraneural del CPE en la región de la articulación tibioperonea proximal., también se realizó un EMG comprobando parálisis por compresión del CPE.



Resultados:

Realizamos la técnica en «U» estratificada para los ganglios peroneos intraneurales. La disección se realiza en paralelo al trayecto en U de la rama articular para proporcionar una visualización óptima y evitar lesiones en las ramas principales del nervio.

Según la teoría de Spinner, la desconexión de la rama articular cerca de la articulación tibiofibular superior (STFJ) minimiza la recurrencia de quistes intraneurales y es la parte crítica del procedimiento. La descompresión del quiste puede acelerar el alivio de síntomas. La resección de la STFJ se ha añadido a la estrategia quirúrgica para disminuir aún más los riesgos de recurrencia de quistes intraneurales y extraneurales.

Conclusiones:

En la revisión al mes el paciente ya recuperó la flexión dorsal del pie afecto y la sensibilidad en la cara anterolateral del pie, aunque en la bibliografía lo más frecuente es que tarden en torno a 6 meses y 1 año en recuperar completamente.