

GANGLIÓN PLANTAR QUÍSTICO GIGANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO

Sebastián, V; Hernando, L; González-Onandía, P.A; Guinea, P; Verde, A.A

CASO CLÍNICO

Varón de 49 años, corredor habitual, con **dolor en arco plantar irradiado hacia primer dedo con parestesias** de meses de evolución.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- **Ecografía doppler:** gran lesión anecogénica, serpigiosa, multilobulada sin flujo, que depende de la articulación subastragalina medial, 1x1,6x10cm (AP/T/L), compatible con quiste sinovial. (Fig. 1)
- **RMN:** confirma quiste sinovial que sigue el territorio del paquete vasculonervioso plantar medial, comprimiendo el mismo (Fig. 2)

DIAGNÓSTICO: ganglión perineural del nervio plantar interno del pie izquierdo.

TRATAMIENTO

Realizó tratamiento conservador (infiltración local ecoguiada en tres ocasiones + ultrasonidos). Un año después, persiste dolor y dificultad para caminar larga distancia o correr, por lo que se interviene realizándose revisión y **liberación del nervio tibial y sus ramas, con escisión del ganglión.**

EVOLUCIÓN POSTQUIRÚRGICA: Mejoría franca de la sintomatología hasta resolución de las parestesias y del dolor.

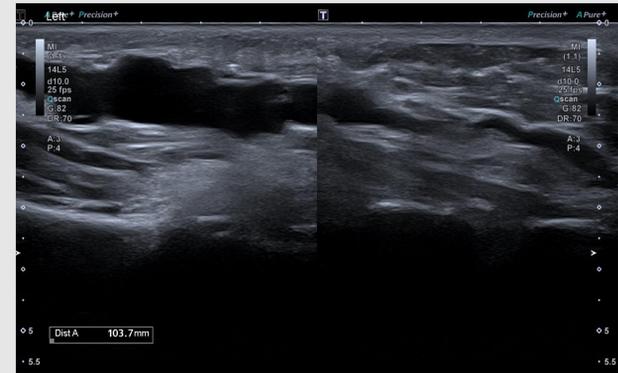


Figura 1. Ecografía: Gran lesión anecogénica, multilobulada sin flujo Doppler en su interior, de morfología serpigiosa, dependiente de la articulación subastragalina medial, de 11 x 16 x 105 mm ap/ytrans/long.

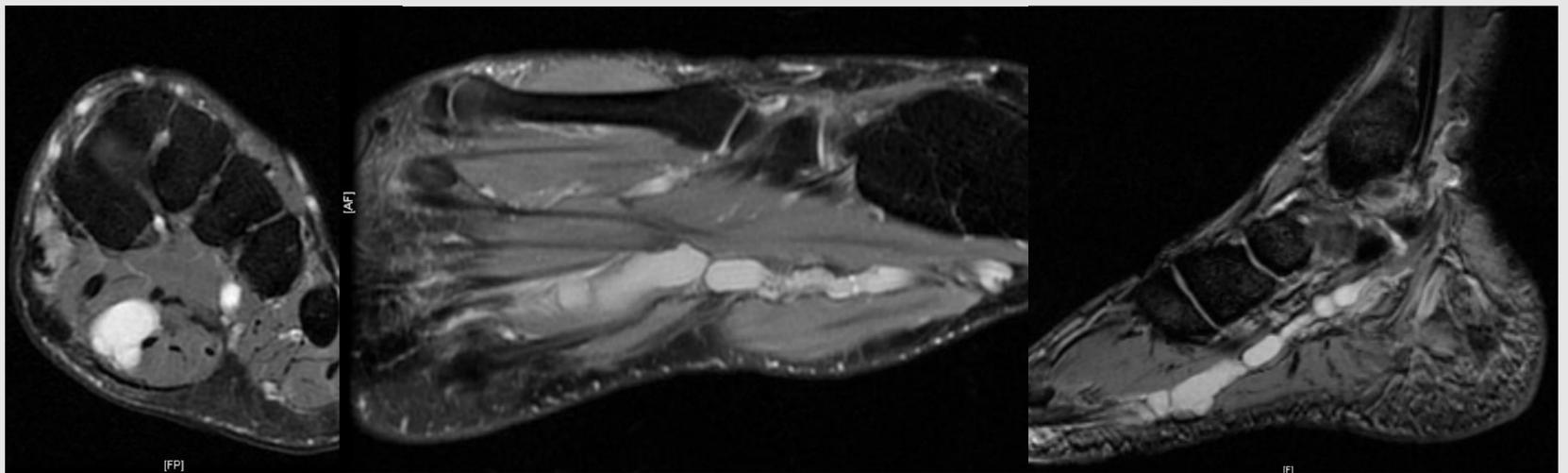


Figura 2. RM en T2, cortes axiales, sagitales, coronales: lesión alargada y polilobulada de 11 x 1,2 x 1,3 cm, en la vertiente medial y plantar del tobillo pie, adyacente al territorio del paquete vasculonervioso plantar medial, que condiciona compresión sobre el nervio plantar medial. La lesión es de aspecto quístico compatible con ganglión.

DISCUSIÓN

Los **gangliones intraneurales** se pueden localizar a lo largo de todo el cuerpo, aunque lo más común es en el **nervio peroneo común** alrededor del cuello del peroné. Su etiología es desconocida (posible artrosis de articulación cercana con aumento de la producción de líquido sinovial que infiltra la rama articular). En el **canal tarsiano son más raros** y suelen darse de manera secundaria a **artrosis tibiotalar**, con clínica de **parestesias y dolor en la zona plantar.**

El **diagnóstico** tras la sospecha clínica se apoya en las pruebas de imagen (**ecografía y RMN**). Las **pruebas de neurofisiología** ayudan en la identificación del nervio afecto o en el seguimiento.

El **tratamiento** inicial es conservador con reposo deportivo y punción aspiración. El tratamiento definitivo es la desconexión de la rama articular o la escisión quirúrgica del ganglión. La recuperación postoperatoria en caso de neuropatía suele ser excelente.

CONCLUSIÓN

Aunque poco frecuentes, los gangliones plantares pueden presentar clínica de neuropatía compresiva. Tras tratamiento conservador y ante la persistencia de sintomatología, el tratamiento electivo es la extirpación y liberación del ganglión (Fig.3)

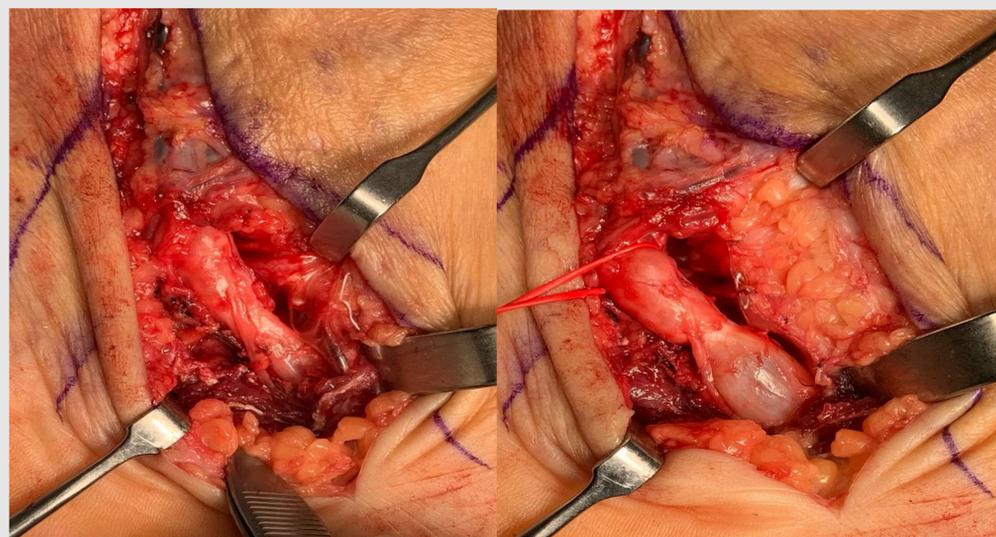


Figura 3. extirpación y liberación del ganglión plantar gigante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kim S, Kim H, Jo DI, Na S-J, Jo Y-S. Isolated medial plantar neuropathy caused by a large ganglion cyst diagnosed with MRI: A case report. Int J Surg Case Rep [Internet]. 2018;42:200-3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2017.12.016>
2. Greer-Bayramoglu RJ, Nimigan AS, Gan BS. Compression neuropathy of the peroneal nerve secondary to a ganglion cyst. Plast Surg (Oakv) [Internet]. 2008;16(03). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4172/plastic-surgery.1000570>
3. Migonis A, Murano R Jr, Stillman IE, Iorio M, Giurini JM. A case report and literature review: Intraneural ganglion cyst causing tarsal tunnel syndrome. J Foot Ankle Surg [Internet]. 2019;58(4):795-801. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1053/j.jfas.2018.11.018>
4. Puffer RC, Spinner RJ. The medial safe zone for treating intraneural ganglion cysts in the tarsal tunnel: a technical note. Acta Neurochir (Wien) [Internet]. 2019;161(10):2129-32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00701-019-04027->