

SECCIÓN INADVERTIDA DEL NERVIO SURAL TRAS CIRUGÍA POR MÍNIMA INCISIÓN DE ALARGAMIENTO DEL GASTROCNEMIO MEDIAL TRATADO MEDIANTE NEURORRAFIA MICROQUIRÚRGICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Fernando Linares Yanes, Patricia Amaya Espinosa, Diego Alejandro Rendón Díaz, Javier Álvarez De la Cruz, Mario Ulises Herrera Pérez.

Hospital Universitario de Canarias (HUC), Universidad de La Laguna (ULL), Santa Cruz de Tenerife, España.



Introducción. La fascitis plantar es una de las causas más comunes de talalgia, afectando al 10% de la población a lo largo de su vida. Es una condición autolimitada en el tiempo que en más del 80% de casos responde al tratamiento conservador; en el 15-20% restante está indicado el tratamiento quirúrgico.

Se han descrito diversas técnicas quirúrgicas, abiertas y mínimamente invasivas, que actúan sobre la propia fascia plantar o a distancia, principalmente en el gastrocnemio medial, cuyo acortamiento es un factor etiológico bien conocido en la actualidad.

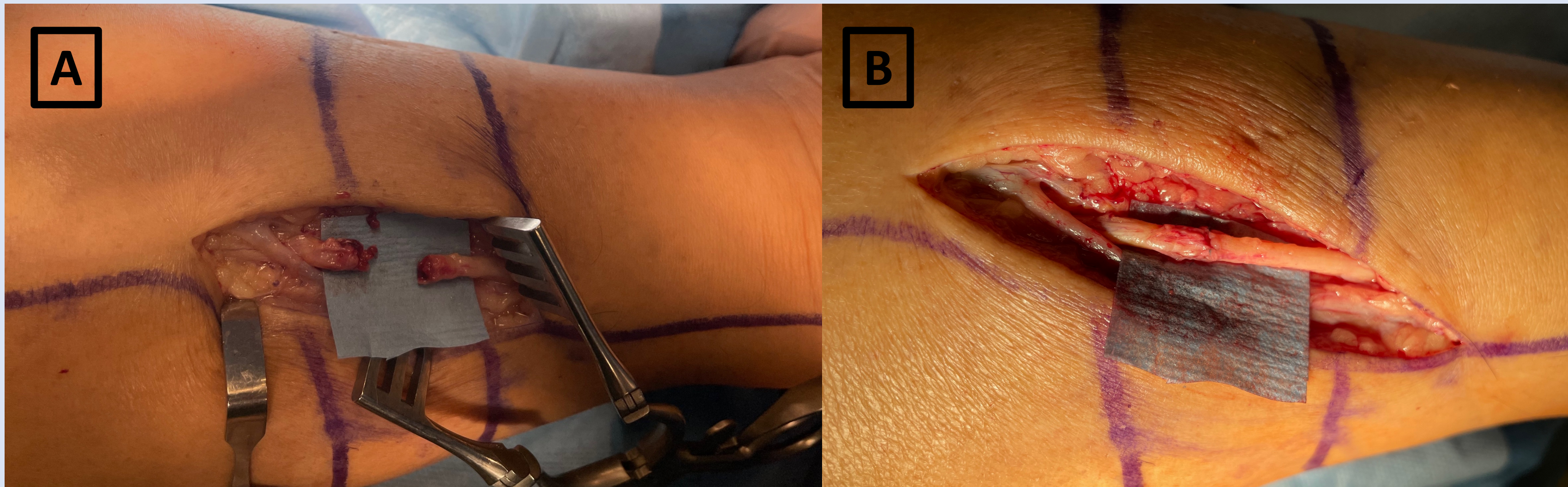
Objetivo. Presentamos el caso clínico de un paciente intervenido de alargamiento del gastrocnemio medial bilateral por fascitis plantar recidivada en el que se produce una lesión completa inadvertida del nervio sural derecho.

Material y método. Descripción del caso, tratamiento quirúrgico y seguimiento posterior con la información recogida en su historia clínica.

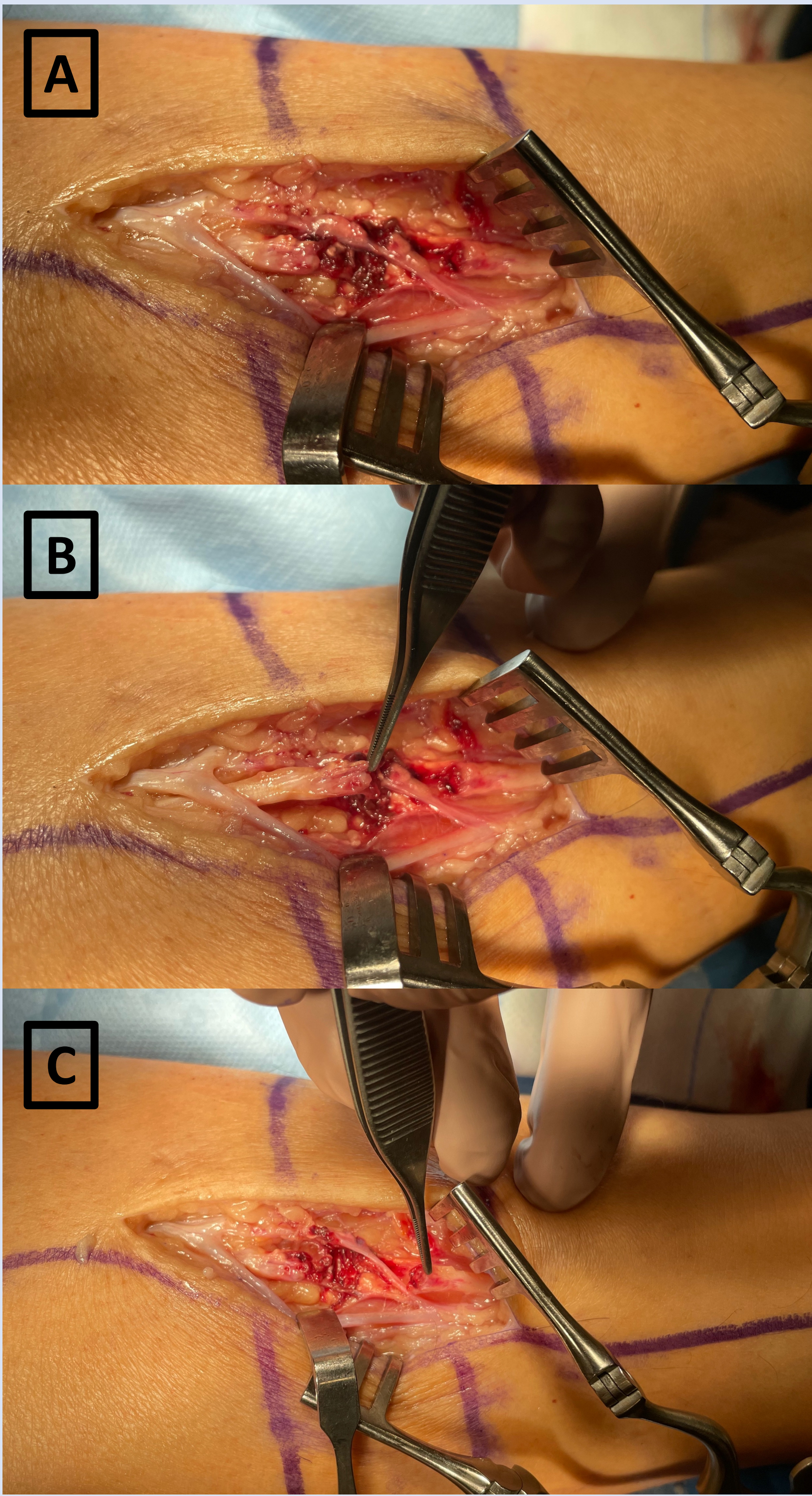
Resultados. Varón de 53 años intervenido mediante fasciotomía percutánea por una fascitis plantar refractaria a tratamiento médico. Acude a nuestro Centro por resultado insatisfactorio y recurrencia de la fascitis, por lo que es evaluado en la Unidad de Pie y Tobillo decidiendo realizar una intervención de Strayer modificada (mínimamente invasiva) para alargamiento del gastrocnemio medial bilateral. El paciente acude a los 10 días de la intervención con mejoría de la fascitis plantar, pero con hipoestesia en territorio del nervio sural derecho, parestesias y disestesias muy incapacitantes y claro signo de Tinel en el tercio medio de la pantorrilla derecha a la altura de la incisión. Tras tratamiento conservador durante 2 semanas, y por la severidad de los síntomas, se realiza una electroneurografía (ENG) que describió una ausencia completa de la conducción del nervio sural derecho.

Se realiza una nueva cirugía de revisión a las 3 semanas de la primera, evidenciándose una óptima liberación del gastrocnemio medial y una sección completa iatrogénica del nervio sural. Se realiza una neurorrafia epineural término-terminal, con monofilamento 8/0, con buen resultado macroscópico.

El paciente evoluciona desde el principio favorablemente con disminución de las disestesias. A los 6 meses de la cirugía el paciente se ha recuperado de la fascitis plantar y han desaparecido completamente las disestesias, persistiendo únicamente una hipoestesia tolerable a nivel del territorio del sural derecho.



(A) Preparación de bordes para realizar la sutura microquirúrgica. (B) Resultado final tras neurorrafia epineural.



(A) Sección iatrogénica del nervio sural. (B) Cabo proximal. (C) Cabo distal.

Conclusión. El acortamiento del gastrocnemio es un conocido factor de riesgo en la etiología de varias patologías del pie y el tobillo, entre ellas la fascitis plantar. Es por ello por lo que diversas técnicas quirúrgicas de alargamiento del gastrocnemio se han ido desarrollando con el paso del tiempo, derivadas de la técnica original de Silfverskiold en 1924, como la descrita por Strayer. En la literatura científica respecto a la técnica de Strayer modificada encontramos complicaciones como problemas cicatriciales, infecciones superficiales, hematomas y lesiones del nervio sural.

En las distintas series publicadas, la incidencia de lesiones del nervio sural varía del 0 - 2%, siendo en la mayor parte de los casos irritaciones o síntomas parestésicos. Estas complicaciones pueden llegar hasta el 25% cuando se realizan otras técnicas descritas para el alargamiento del gastrocnemio, como la técnica de Vulpius. Las lesiones más graves, como la sección completa del nervio sural, suponen menos del 0,5% de las complicaciones publicadas, y es por ello por lo que no encontramos casos que publiquen los resultados de la reparación quirúrgica.

En nuestro caso, con una lesión aguda iatrogénica, nos parece clara la indicación de revisión quirúrgica precoz realizando una reparación microquirúrgica del nervio sural, aunque para evaluar los resultados definitivos debemos esperar mucho más tiempo. Por último, en casos de sospecha de lesión del nervio sural destacamos la importancia de la exploración física, así como del apoyo de la ENG, y en casos de sospecha fundada de lesión completa, la revisión quirúrgica resulta muy útil como diagnóstico y tratamiento.