

SÍNDROME COMPARTIMENTAL PERONEO CRÓNICO REAGUDIZADO CON NEUROPATÍA DE NERVIOS PERONEO COMÚN.

XABIER JIMÉNEZ-URRUTIA¹, ANA VICTORIA GOROSTIAGA ORTIZ DE MENDIBIL¹, PATRICIA JIMENEZ TELLERIA¹, SARA BAHILLO SANTAMARIA², YANIRE ROJO MAZA¹

¹Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Galdakao – Usansolo.

²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

1. INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS

El síndrome compartimental crónico se produce por elevación de la presión compartimental tras el ejercicio. A diferencia del agudo, suele ceder al finalizar el mismo y su tratamiento puede ser conservador. Hay pocos casos descritos en la literatura sobre la reagudización de este cuadro dejando secuelas.

2. MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón de 57 años con antecedentes depresivos acude al servicio de Urgencias por dolor y edema en cara lateral de pierna derecha tras andar en bici días antes. Se descarta TVP y recibe el alta con antibiótico sospechando celulitis. Acude nuevamente dos semanas después por imposibilidad persistente para dorsiflexión de tobillo y dedos tras disminuir la inflamación inicial.

Refiere clínica intermitente los 3 meses previos de tumefacción, dolor y pie caído con el ejercicio, que resuelve espontáneamente con reposo, por lo que había consultado.

A la exploración, presenta paresia completa (M0) de tibial anterior, extensor hallucis longus, extensor digitorum longus, peroneus longus y peroneus brevis junto con tumefacción dolorosa del compartimento lateral.

El electromiograma informa axonotmesis masiva del nervio ciático poplíteo externo con denervación aguda y en la resonancia magnética se aprecia síndrome compartimental en la celda de los músculos peroneos con necrosis de los mismos.

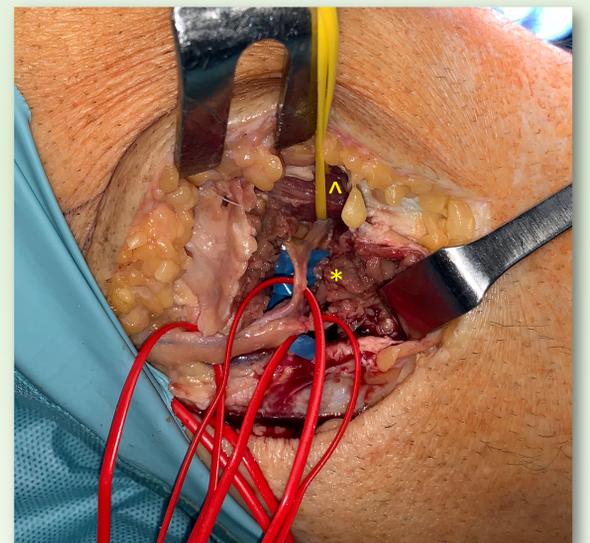
Se realiza fasciotomía del compartimento lateral confirmando la necrosis de músculos peroneos y sufrimiento del nervio peroneo común y la degeneración del nervio peroneo profundo. Se procede a neurolisis amplia del nervio peroneo común y sus ramas superficial y profunda. Se inmoviliza con férula antiequino.

3. RESULTADOS

Actualmente en el décimo mes postoperatorio camina sin férula antiequino. El tibial anterior empieza a contraer contra resistencia (M4), así como el ECD aunque más débil (M3-M4). El EHL tiene tono y comienza a contraer contra gravedad (M2-3). La sensibilidad del territorio del nervio peroneo profundo está íntegra, persistiendo parestesias en el territorio del nervio peroneo superficial.



Nervio peroneo profundo degenerado



Músculos peroneos necrosados*
Tibial anterior sano^

4. CONCLUSIONES

El síndrome compartimental crónico tras el ejercicio suele resolverse con reposo. Si fracasa el tratamiento conservador, se indican fasciotomías como cirugía programada, ya que de lo contrario se puede producir una reagudización con la misma intensidad de actividad que de lugar a secuelas irreversibles.