



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

482/642 - A VECES LEVANTARSE DE LA SIESTA ES DIFÍCIL. NEUROPATÍA COMPRESIVA DEL PERONEO EXTERNO

M. Rodríguez Alonso¹, E. Hernández Pérez², S. López Hernández³ y V. González-Pinto Fontan⁴

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid.

²Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias II. Valladolid. ³Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. ⁴Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 47 años, antecedentes de dislipemia (tratamiento con atorvastatina) y diverticulitis. Fumador de 20 cigarrillos/día. Madre fallecida por esclerosis lateral amiotrófica. Acude, tras presentar desde ayer al levantarse de la siesta, un cuadro de parestesias en cara externa de la extremidad inferior izquierda e imposibilidad para realizar la flexión dorsal del pie. No refiere antecedente traumático, aunque sí refiere la posibilidad de haberse dormido sobre dicha extremidad.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración neurológica, muestra un paciente consciente, orientado y colaborador. Glasgow 15. No afaxia ni disartria. Fuerza y balance muscular normal salvo incapacidad para realizar la flexión dorsal del pie izquierdo. Leve hipoestesia táctil en dorso del pie y en cara externa de la pierna. Reflejos osteomusculares normales, Babinsky normal. Marcha equina.

Orientación diagnóstica: Dada la exploración, sospechamos afectación del nervio peroneo externo. Por ello, establecemos tratamiento con pregabalina 150 miligramos y derivamos a consultas de Neurología, para valoración de una posible causa subyacente. Allí solicitan una electromiografía (que confirma la afectación parcial del nervio peroneo externo), un TAC y resonancia magnética que descartan otras alteraciones. En consultas posteriores, presenta mejoría de la clínica, a pesar de ello persiste cierta debilidad en la flexión dorsal del pie y en la dorsiflexión de los dedos.

Diagnóstico diferencial: Neuropatía compresiva. Radiculopatía L5. esclerosis lateral amiotrófica (ELA). Miopatía por estatinas.

Comentario final: La neuropatía peronea constituye la mononeuropatía más frecuente de extremidades inferiores. Aunque puede constituir la primera manifestación de algunas enfermedades neurológicas o reumatológicas, la mayor parte de los casos se debe a compresiones del nervio contra el cuello del peroné. Se asocia con determinadas posiciones durante el sueño o mantener las piernas cruzadas, y en pacientes que presentan un marcado adelgazamiento en un corto período de tiempo.

Bibliografía

1. Anderson JC. Common Fibular Nerve Compression: Anatomy, Symptoms, Clinical Evaluation, and Surgical Decompression. Clin Podiatr Med Surg. 2016;33(2):283-91.
2. Poage C, Roth C, Scott B. Peroneal Nerve Palsy: Evaluation and Management. J Am Acad Orthop Surg. 2016;24(1):1-10.

Palabras clave: Neuropatía peronea. Parestesias. Marcha en steppage.