

Músculo sóleo accesorio

ARRIAZA LOUREDA, R.*; CANTOS MELIÁN, B.**; COUCEIRO GONZÁLEZ, G.*; SAMPEDRO CURBERA, C.*,
Y AIZPURÚA PRADA, J.*

*Instituto Gallego de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Deporte. **Servicio de Radiodiagnóstico.
Hospital Santa Teresa-USP. La Coruña.

RESUMEN: *Objetivo:* El propósito de este trabajo es estudiar la presentación clínica y los resultados del tratamiento del músculo sóleo accesorio.

Material y método: Se revisaron retrospectivamente 7 pacientes, con edades oscilando entre 4 y 42 años, presentando un total de 10 músculos sóleos accesorios. En todos los casos se realizó la confirmación de la sospecha clínica por medio de ecografía y/o RM.

Resultados: En 6 casos, los pacientes acudieron a la consulta por presentar dolor en la región aquílea durante el ejercicio físico, identificándose otros 2 casos al examinar el miembro inferior contralateral y un caso bilateral acudió a consulta para valorar el aspecto abultado de las regiones retromaleolares internas de sus tobillos. En todos los casos, excepto en uno, el resultado del tratamiento conservador fue satisfactorio, pudiéndose retomar la práctica del ejercicio físico sin limitaciones.

Conclusiones: El músculo sóleo accesorio representa un hallazgo relativamente frecuente, que debe ser tenido en cuenta entre los diagnósticos diferenciales de las masas de partes blandas de la región posterior del tobillo y del dolor inducido por el ejercicio físico en la región periaquílea.

PALABRAS CLAVE: *Pierna. Tríceps sural. Soleo accesorio. Diagnóstico. Tratamiento.*

Accessory soleus muscle

ABSTRACT: *Objective:* A study of the clinical presentation and results of treatment of accessory soleus muscle.

Materials and methods: A retrospective review was made of 7 patients, age range 4 to 42 years, with a total of 10 accessory soleus muscles. In every case echography and/or MRI confirmed the clinical suspicion.

Results: In 6 cases, the patients came to the clinic for pain in the Achilles tendon region during physical exercise. Two more cases were identified by examining the opposite lower limb and one patient with bilateral accessory soleus muscles consulted for bulging of the internal retromalleolar region of the ankles. In all the patients, except one, the results of conservative treatment were satisfactory and the patient could return to unrestricted physical exercise.

Conclusions: Accessory soleus muscles are a relatively frequent finding, which should be taken into account in the differential diagnosis of soft-tissue masses of the posterior ankle and pain induced by exercise in the Achilles region.

KEY WORDS: *Leg. Triceps of the calf. Accessory soleus. Diagnosis. Treatment.*

Aunque la existencia de músculos supernumerarios es conocida por los anatomistas desde hace mucho tiempo, la posibilidad de que un músculo sóleo accesorio pueda causar sintomatología parece tener su primera aparición en la bi-

bliografía médica en 1965¹. Desde entonces, han aparecido diversas referencias, la mayor parte reseñando casos clínicos o series cortas, siendo la más amplia la de Romanus et al con 11 casos². Los pacientes con un sóleo accesorio suelen presentar una tumoración en la región posteromedial del tobillo, muchas veces dolorosa y con sensación de tumefacción con el ejercicio, aunque aproximadamente el 25% de los casos publicados cursaban sin dolor². Se han descrito 2 tipos diferentes de anomalías en el músculo sóleo: la primera, que probablemente representa sólo una variante de la normalidad, es la extensión inusualmente baja de las fibras musculares del músculo sóleo a lo largo del

Correspondencia:

Dr. RAFAEL ARRIAZA LOUREDA.
Hospital Santa Teresa-USP.
C/ Peñarredonda, 4.
15008 La Coruña.
Tfno.: 981.21.98.00.
Fax: 981.13.35.86.

tendón de Aquiles, mientras que la segunda es un verdadero vientre muscular anómalo cuya incidencia sería de entre un 0,5% y un 6% de la población, según los estudios necrópsicos³. De este último, el músculo sóleo accesorio verdadero se han descrito 5 tipos, según su inserción: a) a lo largo del tendón de Aquiles; b) tendinosa a la superficie superior del calcáneo; c) muscular directa a la superficie superior del calcáneo; d) muscular directa a la superficie medial del calcáneo y e) tendinosa a la superficie medial del calcáneo⁴.

El objetivo del presente trabajo es presentar los hallazgos de una serie de 10 músculos sóleos accesorios, tanto en su presentación clínica como en las pruebas complementarias efectuadas, con el fin de actualizar el conocimiento de esta entidad, poco presente en la bibliografía ortopédica.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde 1990, se han identificado en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital USP-Santa Teresa de La Coruña 10 casos de músculos sóleos accesorios en 7 pacientes (tres casos bilaterales). Se trataba de 4 hombres y 3 mujeres, con una media de edad de 25 años (mínima: 4 y máxima: 42 años). En 6 casos, los pacientes acudieron a la consulta por presentar dolor en la zona aquilea durante el ejercicio físico, identificándose otros 2 casos al examinar el lado contralateral y un caso bilateral (el niño de 4 años) acudió a consulta porque sus padres estaban inquietos entre el aspecto de las regiones retromaleolares tibiales. En la exploración física se apreciaba en todos los casos, una tumoración retromaleolar interna del tobillo (fig. 1), ocasionalmente sensible a la palpación y que provocaba molestias con los ejercicios de estiramiento selectivo del



Figura 1. Se aprecia fácilmente la tumoración retromaleolar medial provocada por la existencia de un músculo sóleo accesorio en el tobillo derecho.

sóleo en aquellos casos previamente sintomáticos; el tendón de Aquiles aparecía de grosor normal y sin nódulos en su interior en todos los casos. En los casos en que se realizó un estudio radiográfico, se podía apreciar una obliteración del triángulo de Käger (grasa preaquilea) por una masa de partes blandas (fig. 2). En todos los casos, se realizó un estudio ecográfico en el que se confirmó la existencia de una masa preaquilea, bien delimitada, con una ecogenicidad similar a la del músculo estriado, que finalizaba a una distancia variable del calcáneo dependiendo de su tamaño (fig. 3). En los 2 primeros casos, se realizó además un estudio de RM para confirmar el diagnóstico de músculo sóleo accesorio (fig. 4). Tras el diagnóstico, se instauró un régimen de estiramiento selectivo del sóleo y reducción del nivel de actividad física hasta la desaparición de la sintomatología, seguida de la reincorporación progresiva a la actividad previa por debajo del nivel de molestia, hasta la normalización de los pacientes. En todos los casos menos uno (el paciente de más edad) fue posible retomar la actividad física sin



Figura 2. Radiografía lateral del tobillo de un paciente portador de un músculo sóleo accesorio, en el que se aprecia la obliteración de la grasa preaquilea por una masa de partes blandas de contorno redondeado, correspondiente a un músculo sóleo accesorio.

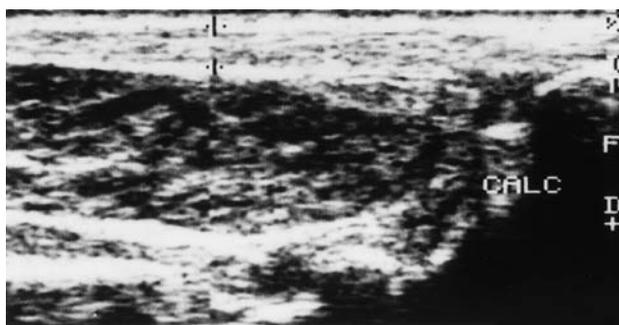


Figura 3. Ecografía de un paciente portador de un músculo sóleo accesorio en la que se puede apreciar la existencia de un vientre muscular ocupando el espacio preaquileo (el tendón de Aquiles está delimitado por las 2 +; calc: calcáneo).

limitaciones; en éste último caso, el paciente se encuentra subjetivamente mejor, aunque persiste el dolor al correr más de 15 a 20 minutos, por lo que se encuentra a la espera de decidirse a realizar una fasciotomía del sóleo accesorio.

DISCUSIÓN

Desde las primeras descripciones del músculo sóleo accesorio en la literatura anatómica del siglo XIX hasta nuestros días, el número de casos publicados en la literatura médica es escaso: la revisión llevada a cabo por Brodie et al en 1997⁵ arrojó 67 pacientes, a los que ellos sumaron 4 más, aunque muchos de los trabajos corresponden a bibliografía radiológica y tal vez los pacientes estén duplicados al presentarse en trabajos del campo de la Cirugía Ortopédica los mismos casos^{4,6}; no obstante, se calcula, en base a estudios necrópsicos, que la incidencia del músculo sóleo accesorio sería de entre un 0,5% y un 6% de la población³. Las razones por las que un sóleo accesorio puede provocar dolor parecen centrarse en un mecanismo isquémico provocado por un síndrome compartimental crónico que se alivia con la fasciotomía, desencadenado por el aumento de tamaño del músculo durante la adolescencia y el aumento de actividad física, razón por la cual parece ser más frecuente en varones², lo cual podría explicar la sensación de tumefacción y dolor desencadenado por el ejercicio que refieren la mayoría de los pacientes sintomáticos. El tratamiento reflejado en la literatura ha variado considerablemente, desde la exploración y biopsia (13 casos), la escisión (12 casos) a la fasciotomía (19 casos) y el tratamiento conservador (19 casos), a técnicas menos ortodoxas, como la ligadura del pedículo vascular para provocar la atrofia del músculo, etc, obteniéndose en general buenos resultados, por lo cual probablemente es razonable comenzar por las medidas terapéuticas más conservadoras antes de indicar la cirugía, que a la vista de la literatura, pensamos que debería consistir en la fasciotomía del sóleo accesorio. Aunque el

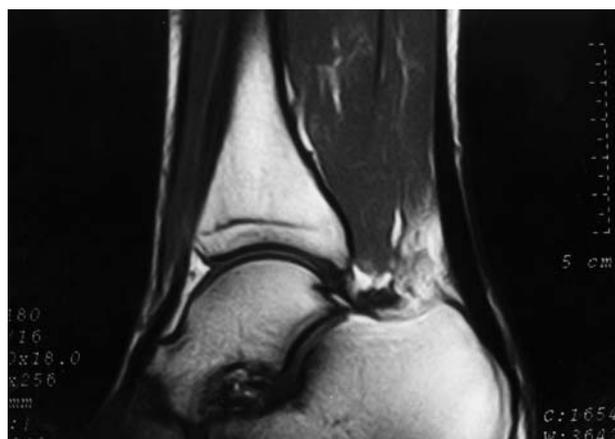


Figura 4. RM del tobillo de un paciente portador de un músculo sóleo accesorio, cuya inserción alcanza el borde superior del calcáneo por medio del vientre muscular.

diagnóstico se basa fundamentalmente en la sospecha clínica ante una tumoración que ocupa el receso supra-maleolar interno, que puede ser sintomática o no, a medida que las técnicas complementarias de diagnóstico (ecografía, TAC y RM, fundamentalmente) han permitido confirmar los diagnósticos de músculos sóleos accesorios de manera no agresiva, los tratamientos se han basado más en la sintomatología que en la existencia o no de tumoración, de manera que casi todos los casos tratados de manera conservadora han aparecido en la bibliografía en los últimos 10 años⁷. En esta serie, la posibilidad de utilizar la ecografía de manera rutinaria en el diagnóstico de las lesiones de partes blandas del aparato locomotor, ha permitido confirmar el diagnóstico sin problemas en todos los pacientes, al comprobar la existencia de una masa preaquilea, bien delimitada, con una ecogenicidad similar a la del músculo esquelético, que finalizaba a una distancia variable del calcáneo dependiendo de su tamaño. Los buenos resultados clínicos obtenidos en esta serie, logrando la remisión de la sintomatología en 5 de los 6 casos sintomáticos y evitando otros gestos terapéuticos en los restantes 4 casos asintomáticos, señalan la importancia de un diagnóstico preciso, con el fin de instaurar un tratamiento conservador y evitar gestos innecesarios.

CONCLUSIONES

El músculo sóleo accesorio representa un hallazgo relativamente frecuente, que debe ser tenido en cuenta entre los diagnósticos diferenciales de las masas de partes blandas de la región posterior del tobillo y del dolor inducido por el ejercicio físico en la región periaquilea, para evitar estudios y gestos terapéuticos innecesarios y ocasionalmente inútiles, al no solucionar el problema original³ y retrasar el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dunn AW. Anomalous muscles simulating soft tissue tumors in the lower extremities. Report of three cases. *J Bone Joint Surg* 1965;47A:1397-400.
2. Romanus B, Lindahl S, Stener B. Accessory soleus muscle. *J Bone Joint Surg* 1986;68A:731-4.
3. Peterson DA, Stinson W, Carter J. Bilateral accessory soleus: A report on four patients with partial fasciectomy. *Foot Ankle* 1993;14:284-8.
4. Yu JS, Resnick D. MR imaging of the accessory soleus muscle appearance in six patients and a review of the literature. *Skeletal Radiol* 1994;23:525-8.
5. Brodie JT, Dormans JP, Gregg JR, Davidson RS. Accessory soleus muscle. A report of 4 cases and review of literature. *Clin Orthop* 1997;337:180-6.
6. Bianchi S, Abdelwahab IF, Oliveri M, Mazzola GC, Rettagliata P. Sonographic diagnosis of accessory soleus muscle mimicking a soft tissue tumor. *J Ultrasound Med* 1995; 14:707-9.
7. John MM, Borrelli AH. Asymptomatic accessory soleus muscle. *J Foot Ankle Surg* 1999;38:150-3.