



CARTA AL DIRECTOR

Neuropatía esporádica de nervio peroneal en la rodilla durante el estado de alarma por pandemia SARS-CoV-2



Sporadic neuropathy of the peroneal nerve in the knee during the alarm state due to SARS-CoV-2 pandemic

Sr. Editor:

Actualmente nos encontramos ante una situación excepcional de pandemia por SARS-CoV-2 que requirió el confinamiento de la población general durante semanas, con cambios en los hábitos diarios, disminución de la actividad física habitual y sedentarismo. La afectación del nervio ciático poplíteo externo (CPE) o nervio peroneal en la rodilla es la mononeuropatía compresiva más habitual de las extremidades inferiores¹⁻⁴. Su etiología está relacionada con numerosos factores externos o enfermedades sistémicas¹⁻³, si bien su aparición de forma esporádica es menos frecuente. Presentamos los casos de neuropatía esporádica de nervio peroneal atendidos en el Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital General de Castellón que ocurrieron durante el estado de alarma (desde el 14 de marzo al 21 de junio de 2020).

De los pacientes remitidos a nuestro servicio para realización de electromiografía (EMG) durante el año 2020, 11 presentaron clínica de afectación de nervio peroneal en la rodilla sin referir un claro desencadenante. Siete de ellos iniciaron la sintomatología durante las 14 semanas que permaneció vigente el estado de alarma en nuestro país. Uno de ellos mostró en la RMN una imagen quística sugestiva de ganglión que desplazaba y comprimía el CPE, por lo que se excluyó del estudio. Fueron analizados por tanto 6 casos, 4 hombres y 2 mujeres, con una edad media de 28,5 años (rango 20-49), sin antecedentes médicos de interés. Ninguno de ellos había sufrido pérdida de peso reciente ni infección COVID. Tres de ellos refirieron haber estado sentados con posturas mantenidas (2 con las piernas cruzadas y uno con las piernas estiradas sobre una mesa) durante varias horas seguidas. La exploración clínica en el momento del estudio EMG (al mes del inicio) mostró debilidad en la flexión dorsal y eversión del pie de distinta gravedad en ese momento (de 0 a 4/5 según Medical Research Council), con normalidad en

la inversión del pie y ROTs presentes en 5 de los pacientes. Tres pacientes refirieron hipoestesia clara en región dorsal del pie. Un paciente apenas tenía síntomas ya que demoró 2 meses la consulta por miedo al contagio.

En el estudio EMG todos los pacientes mostraron lentificación focal y bloqueo de la conducción motora de nervio peroneal en la rodilla de grado moderado-grave. Las amplitudes motoras distales de nervio peroneal se encontraron disminuidas de forma leve-moderada. Las conducciones sensitivas distales de nervio peroneal superficial estaban alteradas en 5 pacientes, siendo el resto de los nervios sensitivos y motores explorados en miembros inferiores normales. Se observaron datos de denervación activa en músculos dependientes de tronco común de nervio peroneal en 5 pacientes y únicamente en músculos de la rama profunda en uno, con normalidad en otros músculos dependientes de L5. La evolución en todos ellos fue favorable, 3 meses después 4 pacientes presentaron recuperación completa de los síntomas y 2 pacientes mejoría clara.

La neuropatía del nervio peroneal en la rodilla es la tercera neuropatía compresiva por orden de frecuencia, tras la neuropatía del nervio mediano y las neuropatías cubitales¹. Suele estar relacionada con numerosos factores externos (traumatismos, compresiones, tumoraciones, iatrogenia) y enfermedades sistémicas (diabetes mellitus, enfermedades inflamatorias...)²⁻⁴. Con menos frecuencia se puede observar afectación de este nervio en la rodilla de forma esporádica, habitualmente tras posturas prolongadas o inadecuadas, sobre todo si ha existido una pérdida de peso significativa¹⁻⁵. No hemos encontrado en la bibliografía publicada datos de incidencia recientes. En nuestro servicio durante el año 2020 observamos un incremento del 50% con respecto a los 3 años anteriores. Los 6 casos incluidos en nuestro estudio fueron en su mayoría varones jóvenes, sin antecedentes médicos de interés, y la sospecha clínica fue bien orientada desde el principio. El estudio EMG confirmó la sospecha en todos ellos, descartando una polineuropatía de base predisponente y otros posibles diagnósticos diferenciales, objetivándose datos compatibles con neuroapraxia moderada-grave y degeneración axonal secundaria leve-moderada. Tres pacientes refirieron posturas mantenidas, con un número de horas sentados mayor de lo habitual durante el confinamiento.

La pandemia mundial por SARS-CoV-2 ha conllevado una crisis sanitaria global con saturación de los hospitales, pero también pérdida de empleo, imposibilidad de realizar las actividades habituales, y probablemente aumento del

<https://doi.org/10.1016/j.recot.2021.03.005>

1888-4415/© 2021 SECOT. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

sedentarismo durante semanas, facilitando la compresión de este nervio en la rodilla. Creemos importante recalcar la necesidad de mantener posturas adecuadas, evitando el cruce de piernas o apoyo de las rodillas sobre superficies duras durante periodos prolongados de tiempo, para evitar la compresión del nervio peroneal. El estudio EMG es útil para confirmar el diagnóstico, excluir otras posibles causas, tipificar la lesión y emitir un pronóstico temprano.

Nivel de evidencia

Nivel de evidencia V.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Espinosa de los Monteros Kelley AF, Clifton Correa JF, López Almejo L, Navarro Becerra E, Villarruel Sahagún JA, Zermeño

Rivera JJ, et al. Neuropatía compresiva del nervio peroneo. *Ortophys. 2014;10:93–9.*

2. Marciniak C. Fibular (peroneal) neuropathy: electrodiagnostic features and clinical correlates. *Phys Med Rehabil Clin N Am. 2013;24:121–37.*
3. Poage C, Roth C, Scott B. Peroneal nerve palsy: evaluation and management. *J Am Acad Orthop Surg. 2016;24:1–10.*
4. Aprile I, Caliandro P, La Torre G, Tonali P, Foschini M, Mondelli M, et al. Multicenter study of peroneal mononeuropathy: clinical, neurophysiologic, and quality of life assessment. *J Peripher Nerv Syst. 2005;10:259–68.*
5. Yu JK, Yang JS, Kang SH, Cho YJ. Clinical characteristics of peroneal nerve palsy by posture. *J Korean Neurosurg Soc. 2013;53:269–73.*

S. Parra^{a,*}, M. Badenes^a, R. Grande^a, L. Barea-Moya^b y J.M. Romero^c

^a *Servicio de Neurofisiología Clínica, Hospital General Universitario de Castellón, Castellón de la Plana, España*

^b *Servicio de Neurología, Hospital General Universitario de Castellón, Castellón de la Plana, España*

^c *Servicio de Traumatología, Hospital General Universitario de Castellón, Castellón de la Plana, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: parra.sil@yahoo.es (S. Parra).