



**HOSPITAL UNIVERSITARI  
GENERAL DE CASTELLÓ**



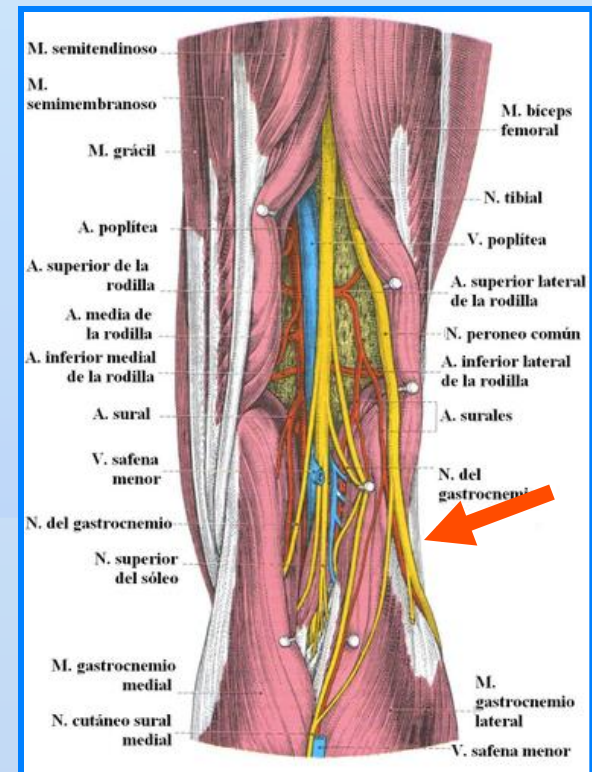
# NEUROPATÍA COMPRESIVA DEL NERVIO CIÁTICO POPLÍTEO EXTERNO EN PACIENTE JOVEN

Fernández Fernández. N, Martínez Calvo. M, Ashi Pascual. S, Mesado Vives. A

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología  
Hospital Universitario General de Castellón

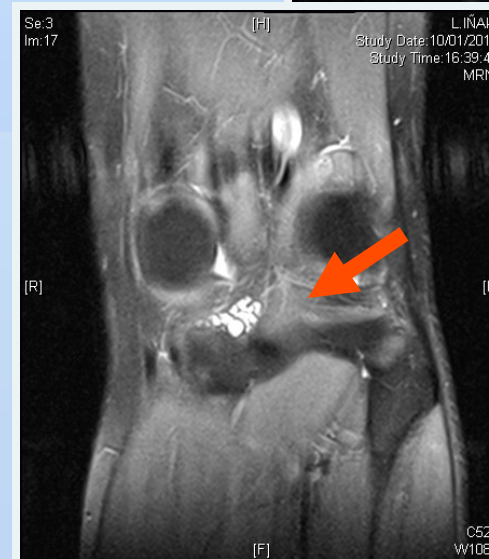
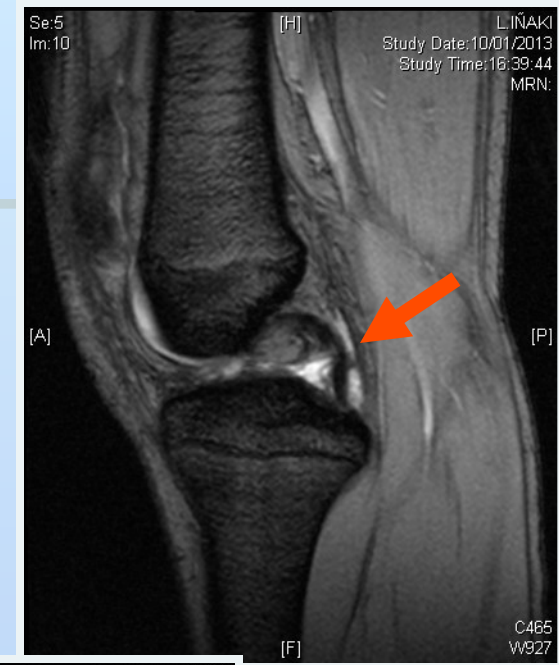
# Introducción

- El **nervio ciático poplíteo externo (CPE)**: mayor susceptibilidad a lesiones en la región de la **cabeza del peroné**, donde es más **superficial**
- La **causa más frecuente** suele ser **traumática** (laceración, tracción o compresión)
- Otras causas:**
  - Complicación de quiste de Baker
  - Secundario a hematoma
  - Tumor del nervio
  - Infarto del nervio
- Trayecto del nervio por un **arco fibroso** que une el músculo peroneo largo y el sóleo (a 2 cm de la cabeza del peroné)



# Material y método

- Paciente de 28 a. Sin traumatismo previo
  - **Parestesias** en cara externa de pierna de 5 días de evolución.
  - **Disminución de la fuerza** que entorpece la marcha de 24 horas de evolución.
  - **EF:** ↓ sensibilidad de cara anterior y lateral del pie  
↓ extensión pie, hallux y dedos
- 
- **RMN rodilla:** lesión compatible con **ganglión multiloculado** de 22mm en vertiente medial del hueco poplíteo
  - **EMG:** **Neuroapraxia** grave del CPE izq. localizada entre hueco poplíteo y cabeza del peroné



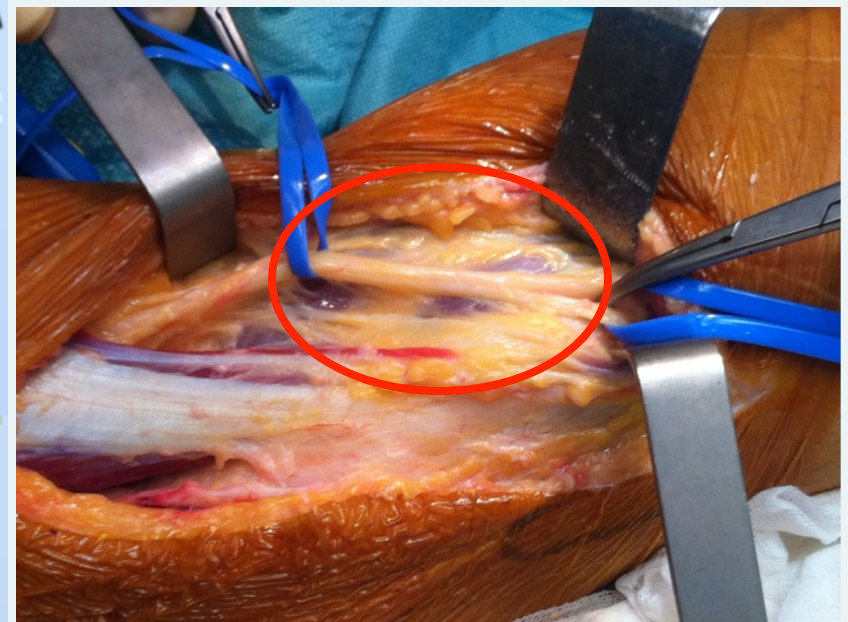
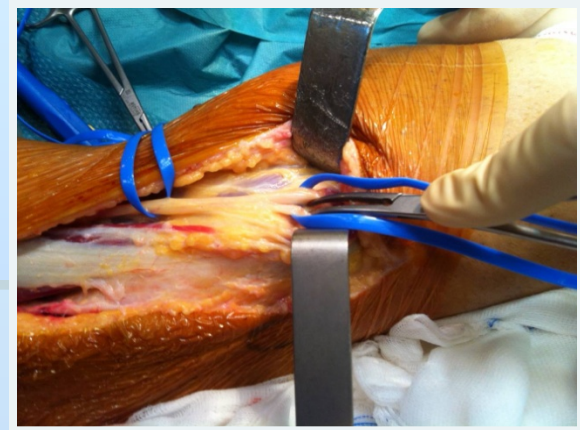


# Resultados

- Tratamiento (marzo 2013):

## LIBERACIÓN QUIRÚRGICA

- A la semana postoperatoria:
  - Recuperación de la dorsiflexión completa
  - Persistencia de parestesias
- Al mes de la Cirugía:
  - Remisión completa de las parestesias



El nervio se aprecia aplanado a nivel de la cabeza del peroné y recuperando el grosor a nivel de la bifurcación distal. (imagen en reloj de arena)

# Conclusiones

- **Traumatismo** como causa más frecuente
- Importancia de la **sospecha diagnóstica** de una mononeuropatía compresiva del CPE en pacientes con “**pie caído**” sin causa clara
- En el caso que presentamos, **NO** existía **relación** con el hallazgo del **ganglión** en la rodilla que se visualizaba en la **RMN**.
- **Opciones de tratamiento:** Cirugía para liberación del nervio, RHB, ortesis antiequino, electroestimulación...
- El **tratamiento definitivo** en casos de compresión en su trayecto del arco fibroso, es la **cirugía**.
- En nuestro caso, conseguimos **recuperación** total de la clínica tras el tratamiento quirúrgico

## Bibliografía

-Campbell. Cirugía ortopédica. 9ª ed. Vol IV. Pags 3887

-Varela Hernandez.A, Mendoza ribera. Et al. Presentación inusual de ganglion en nervio CPE. Revista de Neurocirugía 2000, 11;137-9

- Ocaña, JA et al. Ganglión de la articulación tibioperonea proximal como causa de sd compartimental anterior de la pierna. Rev. Esp. De Cirugía Osteoarticular. Vol 32 nº 190. pags 183-186. 1997

-Amoraga Olcina, R. et al. Atrapamiento del CPE en la cabeza del peroné. Diagnóstico y evolución a propósito de dos casos. Rev. Esp. De podología. 2011 pags 212-214.