



Colección de Folletos de Patologías Nervio Periféricas

SÍNDROME DEL PIE CAÍDO Y EL NERVIOS PERÓNEO COMÚN

3^{ER}
FOLLETO

Sus molestias son:

Imposibilidad para levantar su pie, o los dedos del pie, así que su pie se arrastra.

Adormecimiento y corrientazos que van desde la rodilla hasta la punta de sus dedos.

Siente como si su pierna podría llegar a "fallarle".

El dorso de su pie le duele o el 1er dedo del pie no se levanta.

Si la base de su pie también molesta, es posible que también tenga el Síndrome del Túnel Tarsal o una Neuropatía (Ver folleto No. 11 de Túnel Tarsal y No. 8 de Neuropatía).

¿Qué causa sus molestias?

Un nervio del grosor de una pluma, el Nervio Peróneo Común, cruza por un lado de su rodilla, por la parte externa e ingresa hacia un músculo de la parte externa de su pierna.

Este nervio es comprimido entre una cobertura blanca del músculo y un hueso, llamada fíbula, en lo que es llamada el Túnel Fibular (o peróneo).

Si su pierna es estirada, su tobillo torcionado o sufre una lesión en la rodilla, el nervio peróneo común puede ser comprimido.

Tratamiento No Quirúrgico

No existe un tratamiento específico que ayude a este nervio lastimado.

A veces podría recuperar su función luego de tres meses de la lesión.

Si usted tiene un pie caído, deberá utilizar una férula llamada Dispositivo AFO, para sostener su pie en posición y prevenir posibles contracturas.

¿Cuándo debería someterse a cirugía?

Si los síntomas persisten pasado tres meses, esto significaría que su lesión es seria: el nervio necesita una descompresión.

Usted probablemente habrá sido sometido a una electromiografía una o dos veces. Si la prueba muestra dos veces la pérdida de inervación de los músculos, usted necesita la cirugía.

Cuando la prueba de Neurosensibilidad con el PSSD (ver el folleto No. 9 de Prueba de Sensibilidad) demuestra que el nervio no se está regenerando, entonces la cirugía es necesaria.

Incluso si la cirugía no permite que el nervio haga funcionar

la musculatura nuevamente, el pie podrá ser colocado en una mejor posición realizando una transferencia tendinosa o una artrodesis del tobillo.

Usualmente los síntomas sensitivos puede mejorar.

¿En qué consiste la cirugía?

La cirugía toma alrededor de una hora si se trata de una descompresión.

Es una cirugía ambulatoria y se administra anestesia general.

Se realiza una incisión de aproximadamente 2 centímetros en el lado externa de la pierna por debajo de la rodilla.

Las estructuras que comprimen el nervio peróneo común son resecaadas, incluyendo la cobertura blanca (fascia) del músculo, las bandas fibrosas profundas del músculo y apertura de los compartimentos musculares.

Usted podrá caminar inmediatamente luego de la cirugía.

La sensibilidad y la motricidad pueden tardar alrededor de un año en ser recuperadas.

Si el nervio peróneo común ha sido dividido, entonces es susceptible de reparación. Esto podría requerir un injerto nervioso o neurotube (ver folleto No. 7 de Reparación Nerviosa).

La transferencia tendinosa para la persistencia del pie caído o equino consiste en tomar un tendón activo de la parte posterior de la pierna y cambiarlo de posición para que pueda elevar el tobillo desde la parte anterior. Esto podrá brindarle actividad de movimiento nuevamente, o por lo menos una mejor posición a pie tobillo. Esto no es tema a tratar en este folleto.

¿Cómo luce el nervio?

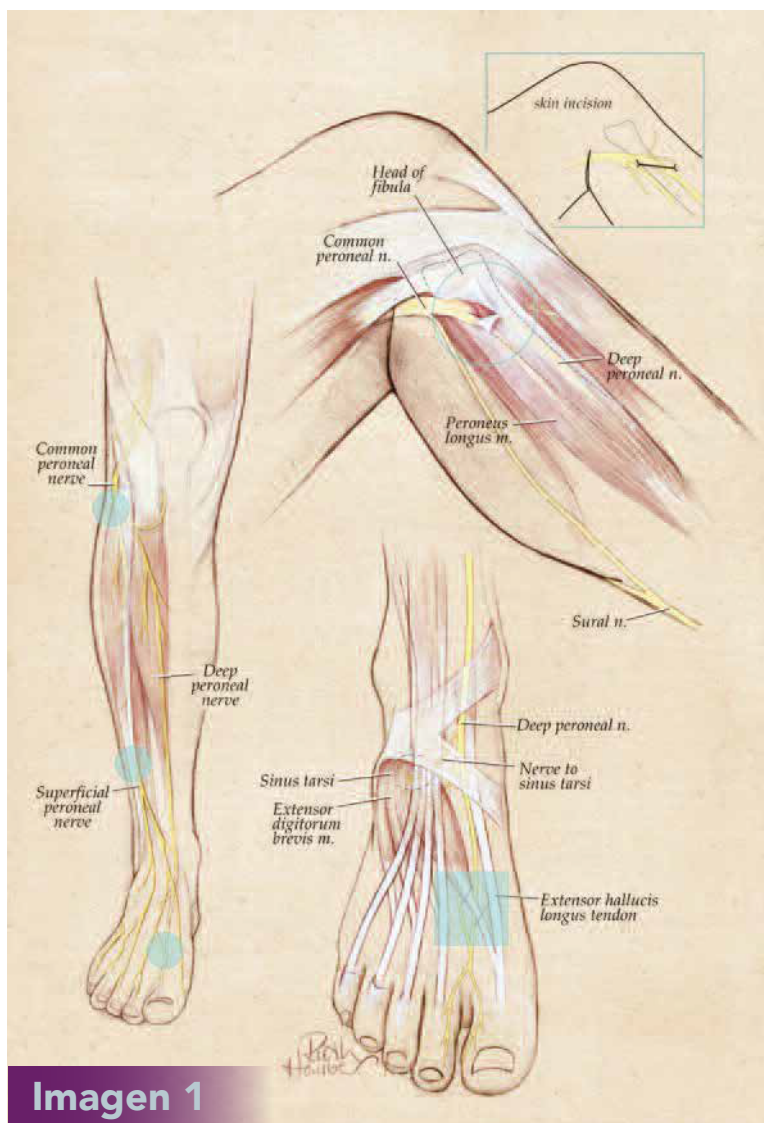


Imagen 1

¿Cuáles son los riesgos de la cirugía?

El abordaje utilizado para el tratamiento de las patologías de la compresión del nervio peróneo común ofrece los mejores resultados de alivio de sus síntomas. Siempre existirá un riesgo relacionado con cualquier procedimiento quirúrgico, así como el uso de anestesia, sangrado o infección.

Las complicaciones inherentes exclusivamente a la descompresión del nervio peróneo común son:

Naturaleza impredecible del proceso de cicatrización (formación de cicatriz).

Cicatriz dolorosa por atrapamiento del nervio en la piel.

Debilidad temporal de los músculos que elevan el pie o los dedos del pie.

El proceso de cicatrización toma más tiempo si usted es diabético/a.

Pueden existir otros lugares de compresión: en la pierna (peróneo superficial) o en el dorso del pie (peróneo profundo), esto probablemente requerirá una segunda intervención para la descompresión en esas zonas.

¿Quién debería realizar esta cirugía?

Los cirujanos quienes recibieron entrenamiento en el Instituto de Cirugía de Nervio Periférico, tienen el más alto nivel de entrenamiento y experiencia al realizar esta cirugía, ofreciéndole a usted una mayor tasa de éxito.

Bibliografía

Mackinnon, S.E., Dellon, A.L.: Surgery of the Peripheral Nerve, Chapter 13, pp 320-336, Thieme Pub., New York, N.Y., 1988.

Dellon AL: Entrapment of the deep peroneal nerve on the dorsum of the foot. Foot and Ankle 11:73-80, 1990

Mont MA, Dellon AL, Chen F, Hungerford MW, Krackow KA, Hungerford DH: Operative treatment of peroneal nerve palsy. J Bone Joint Surg 78A:863-869, 1996.

Tassler PL, Dellon AL: Pressure perception in the normal lower extremity and in tarsal tunnel syndrome. Muscle Nerve 19:285-289, 1996.

Dellon AL, Ebmer J, Swier P: Anatomic variations related to decompression of the common peroneal nerve at the fibular head. Ann Plast Surg, 48: 30-34, 2002.

Rosson GD, Dellon AL: Entrapment of the Superficial Peroneal Nerve, Clinical Orthop Rel Res, 438:248-252, 2005.

Dellon AL: Post-arthroplasty palsy and systemic neuropathy: A peripheral nerve management Algorithm, submitted Annals Plast Surg, 55:638-642, 2005.