

“Tratamiento quirúrgico de la compresión de rama nerviosa del tibial posterior”.

Jiménez Martín A, Seguro Rodríguez A, Chaqués Asensi F.J., Podetti Meardi M.A., Santos Yubero F.J., Pérez Hidalgo S. Hospital FREMAP Sevilla.

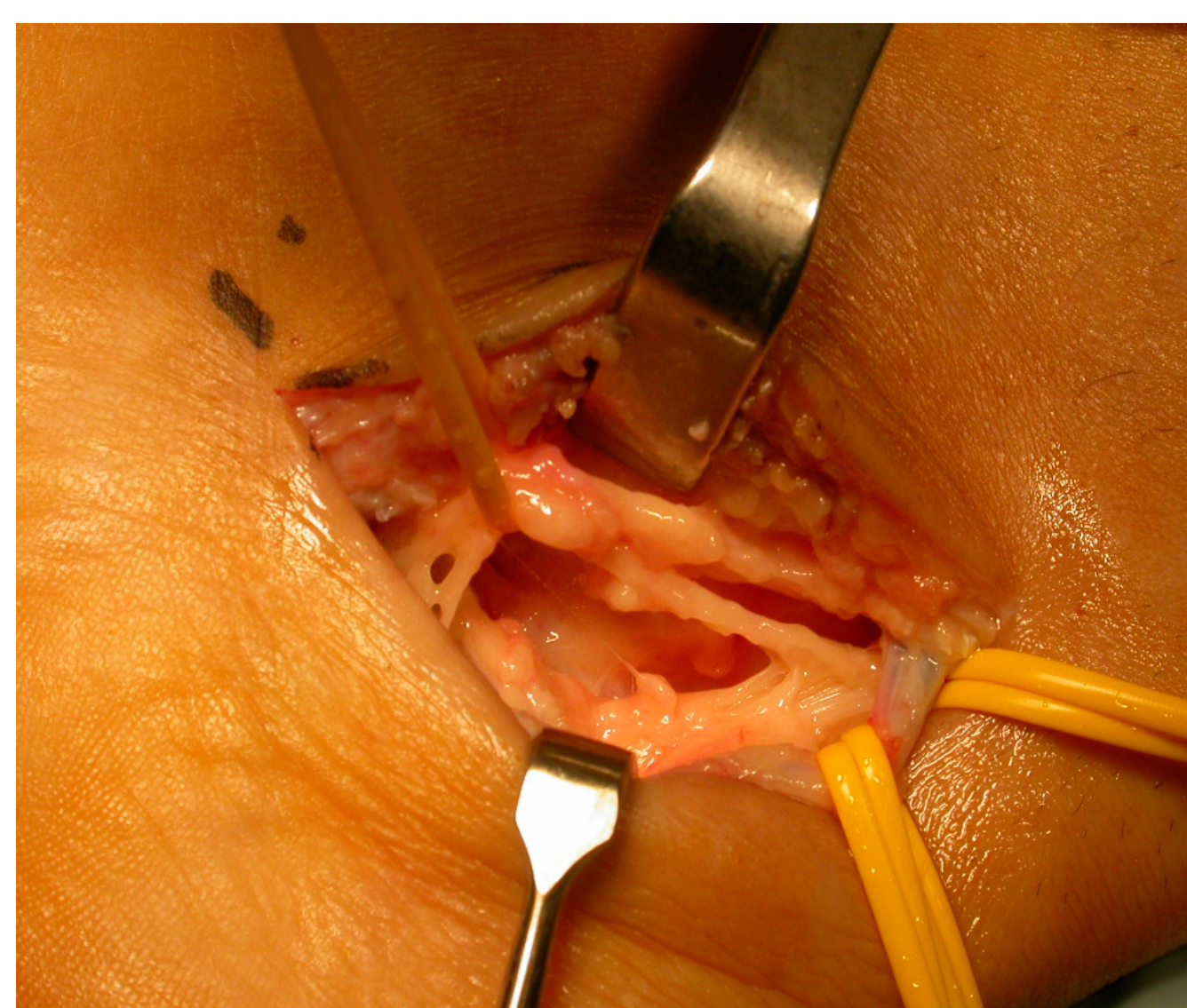
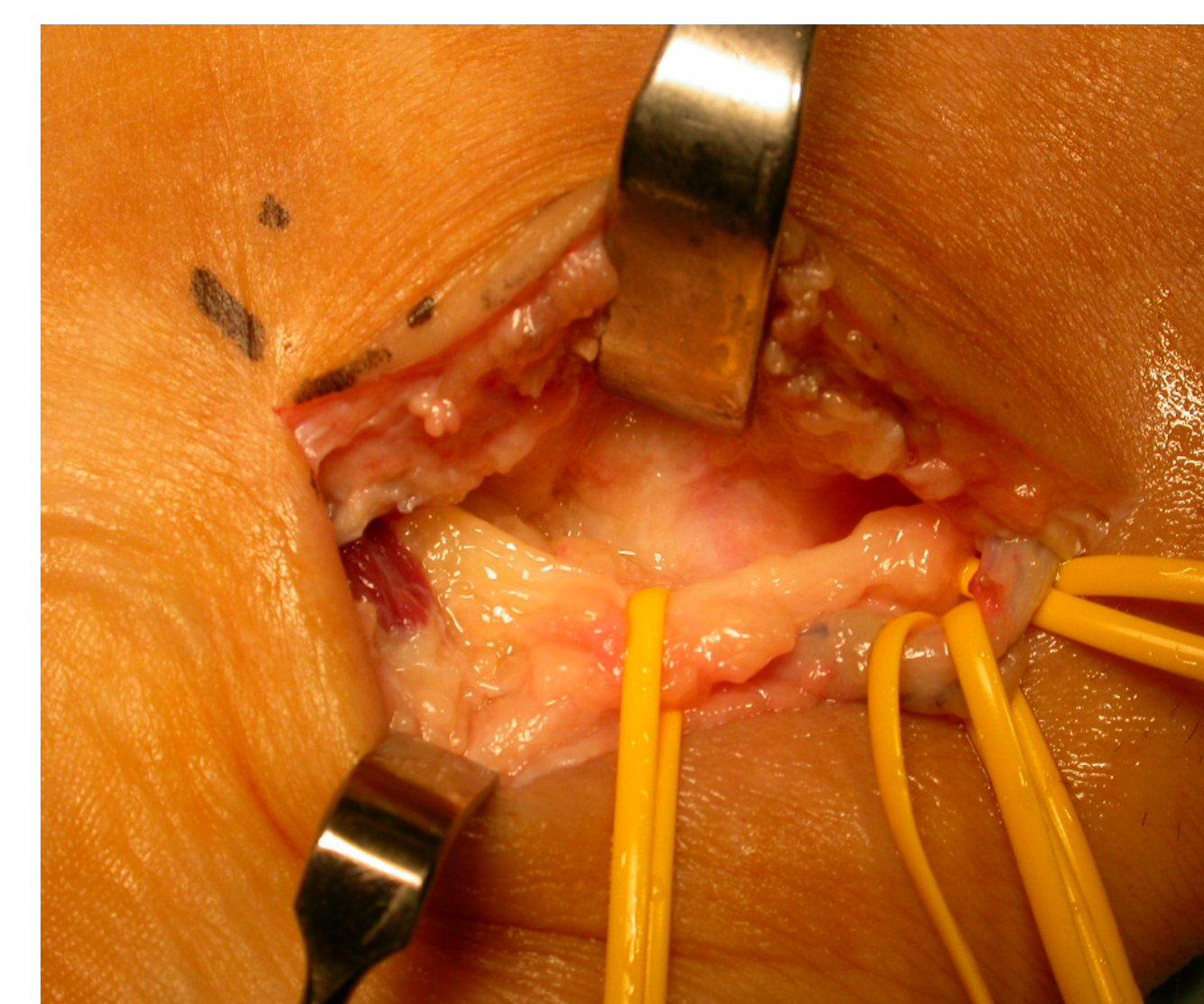
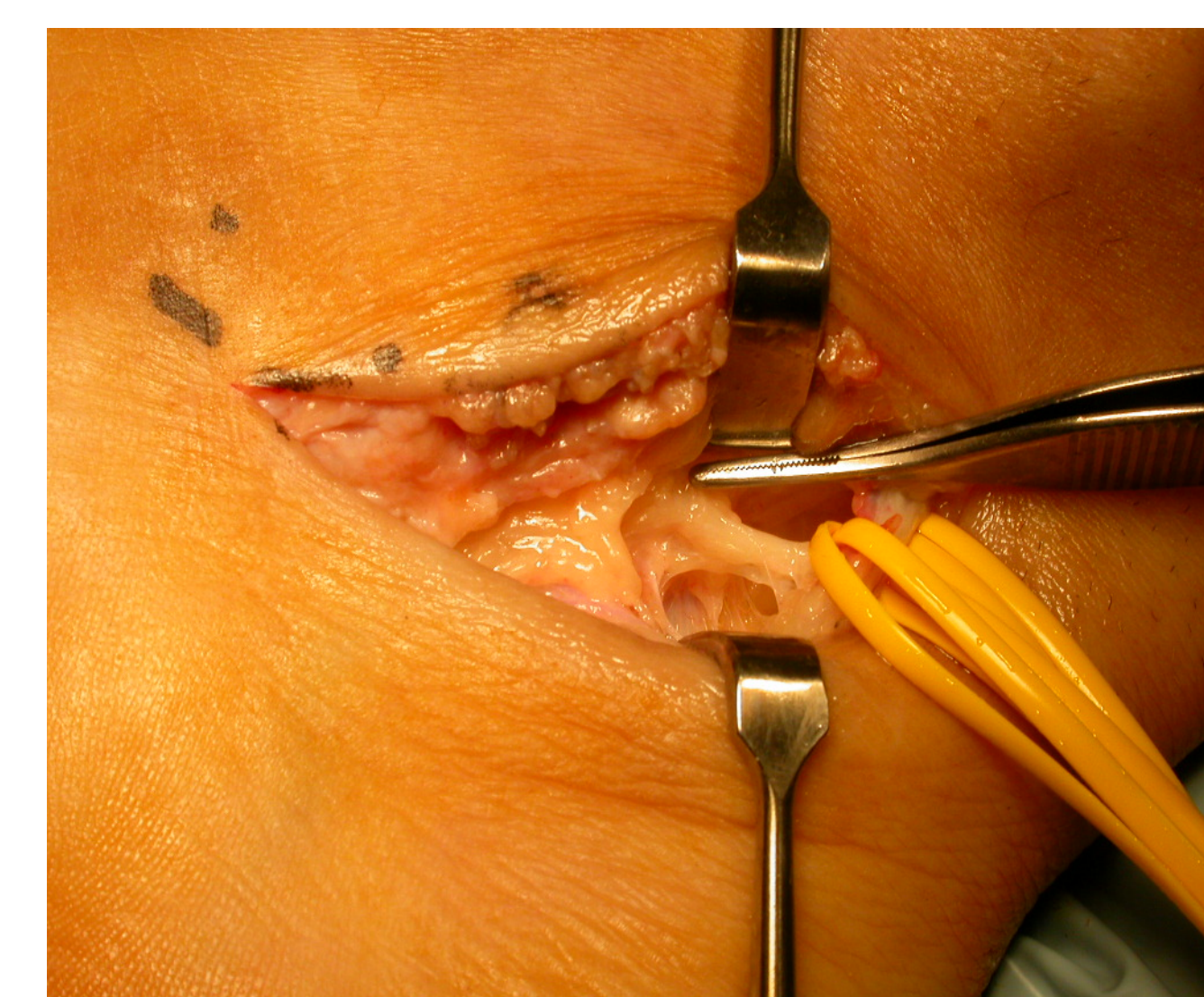
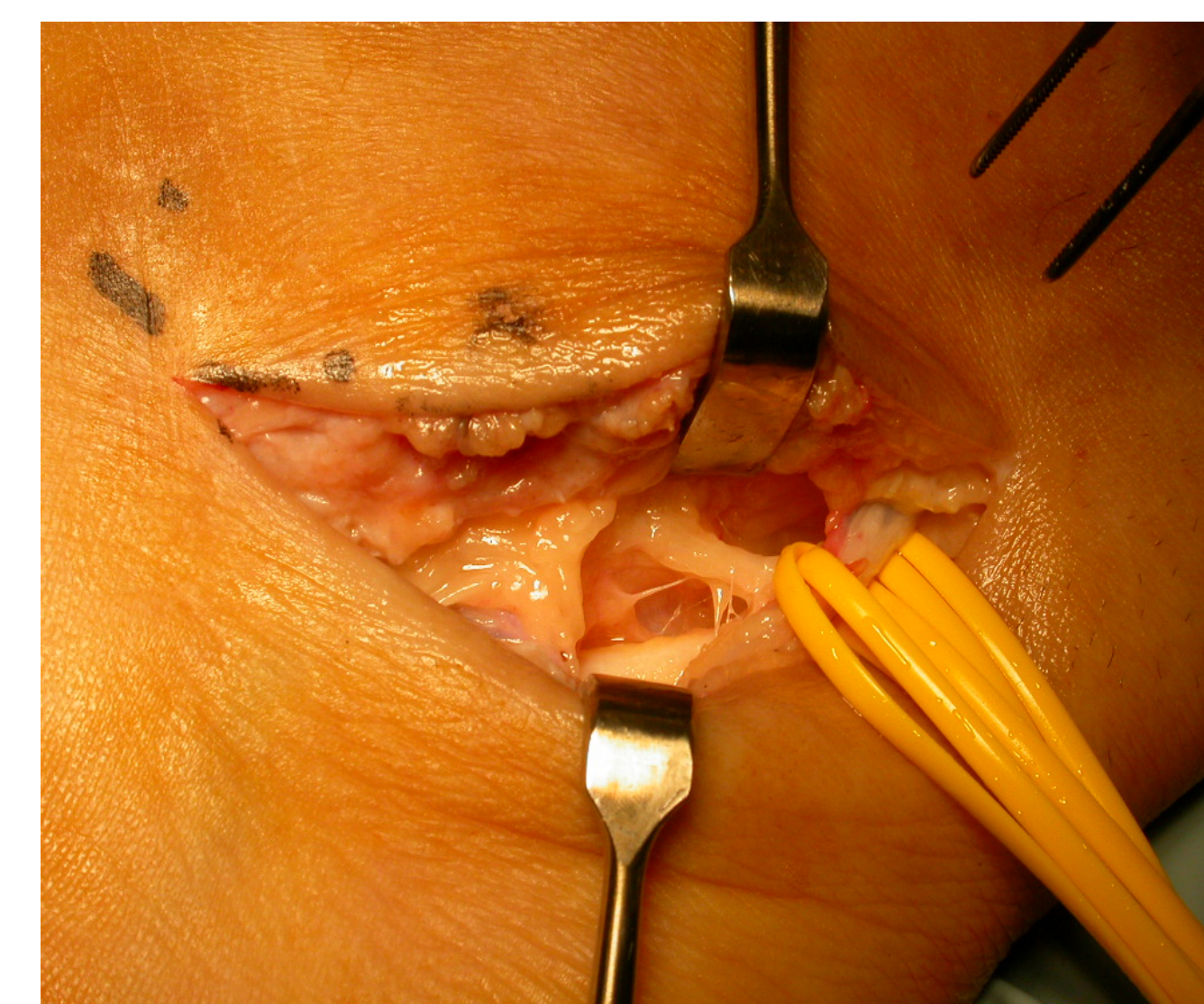


INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Una causa de dolor en retropié es la compresión de las ramas del tibial posterior, que puede requerir su liberación entre un 5-10% de los casos. Nuestro objetivo es constatar un caso tratado eficazmente mediante cirugía, así como revisar esta patología.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón, con talalgia derecha de meses de evolución, que se acrecienta a la palpación retrodeltoidea y con Tinnel positivo en las proximidades del seno del tarso. Electromiograma: Signos de compresión de la rama calcánea del tibial posterior. Procedemos a la exoneurolisis de dicha rama nerviosa.

RESULTADOS: Mejoría funcional, escala VAS desde 9 hasta los 4 puntos. Escala AOFAS desde 75 hasta los 90 puntos finales. Movilidad correcta a las 2 semanas. Persistencia del dolor, no incapacitante para la marcha.

DISCUSIÓN: La bifurcación del nervio tibial dentro del túnel ocurre en un 93% de casos, frente a un 7% a nivel proximal. Hasta un 72.2% de casos presentan disfunción sensitiva en la distribución del nervio medial calcáneo ($p < 0.008$). Esta patología puede ocasionarse por neurofibromas, Schwannomas, coaliciones tarsianas, post fracturas con afectación del sustentaculum tali...etc. Para Hendrix la liberación supone una mejoría estadísticamente significativa ($p < 0.001$), en su serie de 51 pacientes. Para Labib supone una mejoría de hasta un 85.7% en la escala AOFAS. El diagnóstico clínico es fundamental para Oztuna, puesto que un 88% de los pacientes tienen clínica, aunque el electromiograma resulte negativo. La alternativa de la infiltración supone un beneficio temporal, aunque significativo para Crawford ($p = 0.02$), sin embargo, la liberación quirúrgica es la que recoge más mejorías a largo plazo, con un 85% de mejoría para Gondring.



Bibliografía.

- Foot Ankle. 1988 Dec;9(3):117-9. Tibial nerve branching in the tarsal tunnel. [Havel PE](#), [Ebraheim NA](#), [Clark SE](#), [Jackson WT](#), [DiDio L](#).
- J Foot Ankle Surg. 2003 Jul-Aug;42(4):173-7. Neurosensory testing of the medial calcaneal and medial plantar nerves in patients with plantar heel pain. [Rose JD](#), [Malay DS](#), [Sorrento DL](#).
- Foot Ankle Int. 2002 Mar;23(3):208-11. Nerve entrapment in painful heel syndrome. [Oztuna V](#), [Ozge A](#), [Eskandari MM](#), [Colak M](#), [Gölpinar A](#), [Kuyurtar F](#).
- Rheumatology (Oxford). 1999 Oct;38(10):974-7. Steroid injection for heel pain: evidence of short-term effectiveness. A randomized controlled trial. [Crawford F](#), [Atkins D](#), [Young P](#), [Edwards J](#).
- Foot Ankle Int. 2003 Jul;24(7):545-50. An outcomes analysis of surgical treatment of tarsal tunnel syndrome. [Gondring WH](#), [Shields B](#), [Wenger S](#).
- Surg J (N Y). 2018 Feb 28;4(1):e18-e22. Plexiform Neurofibroma of the Posterior Tibial Nerve Misdiagnosed as Proximal Tarsal Tunnel Syndrome: A Case Report. Nam SH, Kim JY, Ahn J, Park Y.
- Acta Med Okayama. 2018 Feb;72(1):77-80. Tarsal Tunnel Syndrome Caused by a Schwannoma of the Posterior Tibial Nerve. Watanabe K, Fukuzawa T, Mitsui K.
- BMJ Case Rep. 2017 Sep 7;2017. pii: bcr-2017-220087. Bilateral tarsal tunnel syndrome attributed to bilateral fibrous tarsal coalition and symmetrical hypertrophy of the sustentaculum tali. Bhat AK, Madi S, Mane PP, Acharya A.
- Neurol Sci. 2017 Oct;38(10):1735-1739. Tarsal tunnel syndrome: still more opinions than evidence. Status of the art. Doneddu PE, Coraci D, Loreti C, Piccinini G, Padua L.

