

Parálisis del Nervio Peroneo Secundaria a Tumor Óseo de Cabeza de Peroné

Instantánea Clínica

Luis Gerardo Domínguez-Carrillo

Especialista en Medicina de Rehabilitación. Catedrático de la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato, México

Fecha de recepción del manuscrito: 10/Octubre/2019

Fecha de aceptación del manuscrito: 14/Enero/2020

Fecha de publicación: 31/Mayo/2020

DOI: 10.5281/zenodo.3875879



Figura 1: Parálisis del nervio peroneo secundaria a tumor Óseo de la cabeza de peroné; descripción en el texto

Masculino de 24 años, sin antecedentes de importancia, canalizado a Rehabilitación por medicina general; por presentar marcha en “estepeaje” de 6 semanas de evolución. Al interrogatorio dirigido, dolor moderado 4/10 en cara lateral de rodilla derecha de 3 meses de evolución, agregándose paresia que evolucionó a parálisis en 6 semanas de: músculos peroneos, tibial anterior, extensor común de los dedos y extensor de primer dedo; a la exploración marcha en estepeaje, con calificación 0/5 de músculos mencionados e imposibilidad para la dorsiflexión activa. (Figura 1-A), resto normal, sensibilidad anestesia en cara antero lateral de pierna derecha y dorso del pie, reflejo aquileo normal, pulsos y llenado capilar normales. Se solicita radiografías simples de rodilla derecha, encontrando lesión tumoral bien definida abarcando cabeza de peroné, con calcificaciones en forma de nubes (indicando matriz condroide), con discreta reacción perióstica, sin afección aparente de tejidos blandos (Figura 1-B). Se deriva el paciente a Ortopedia Oncológica para su estudio y manejo.

Los tumores del peroné representan el 2,5% de los tumores primarios de los huesos y solo un tercio de ellos son benignos.¹ En orden de frecuencia el osteocondroma presenta incidencia del 38%, el tumor de células gigantes el 19%; en cuanto a tumores malignos el más frecuente corresponde al osteosarcoma (44%) en la serie de Abdel et al.² Considerándose la presencia de parálisis del nervio peroneo previa a la cirugía un factor de riesgo para recurrencia y complicaciones;³ requiriéndose resección en bloque como tratamiento quirúrgico.⁴

REFERENCIAS

- [1] Abdel MP, Papagelopoulos PJ, Morrey ME, Wenger DE, et al. Surgical Management of 121 Benign Proximal Fibula Tumors. *Clin Orthop Relat Res.* 2010;468:3056-3062.
- [2] Abdel MP, Papagelopoulos PJ, Morrey ME, Inwards CY, et al. Malignant Proximal Fibular Tumors: Surgical Management of 112 Cases. *J Bone Joint Surg Am.* 2012;94:165-170.
- [3] Guo C, Zhang X, Gao F, Wang L, et al. Surgical management of proximal fibular tumors: risk factors for recurrence and complications. *J Int Med Res.* 2018;46:1884-1892.
- [4] Kundu ZS, Tanwar M, Rana P, Sen R. Fibulectomy for primary proximal fibular bone tumors: A functional and clinical outcome in 46 patients. *Indian J Orthop* 2018;52:3-9.