

INTERÉS DEL BLOQUEO ANESTÉSICO DEL NERVIO TIBIAL POSTERIOR PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LAS TALALGIAS, A PROPÓSITO DE UN CASO

*Servicio de Anestesiología y Reanimación
Hospital de San Rafael
Avda. del Jordan 2
08035 Barcelona*

Francesca BARBAL BADIA**
Farid HOBEICH CHUAIFATI*
Antonio CASTELLS CIRERA**
y Juan RIUDEUBÁS SESÉ*
* Jefe de Servicio
** Médico adjunto

Resumen

Presentamos un caso, en el que el bloqueo del nervio tibial posterior condujo al diagnóstico de síndrome del canal tarsiano, indagnosticado por las técnicas habituales.

CASO CLÍNICO

Paciente de 52 años, profesión sastre, intervenido en el año 1986 del talón izquierdo por presentar una tendinitis de inserción de la musculatura cortaplantar. En junio del 87 consulta por pre-

INTRODUCCIÓN

El síndrome del canal tarsiano consiste en la compresión del nervio tibial posterior a su paso por el territorio retrosubmaleolar interno. Este nervio comienza en el anillo del sóleo, descendiendo verticalmente para situarse en el tobillo por debajo del ligamento anular interno, detrás de la arteria tibial posterior, en la misma vaina que la arteria y las venas; asegura la inervación de la casi totalidad de la planta del pie mediante las ramas en que se divide: calcáneo, plantar externa y plantar interna (fig. 1).

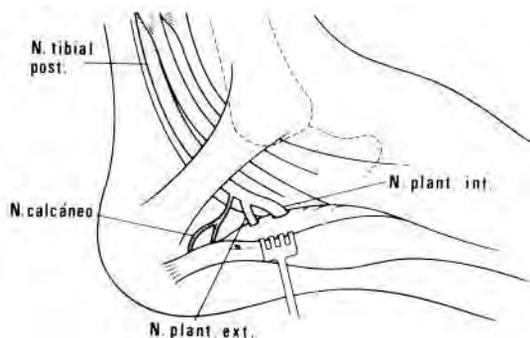


Fig. 1: *Ramas del nervio tibial posterior.*

sentar dolor en ambos talones con irradiación a planta del pie, dichas molestias eran tan intensas que obligaban al paciente a caminar de puntillas y persistían las 24 horas del día.

Exploraciones: signo del Tinel negativo, analítica normal, Rx normal; se palpaba una tumoración dolorosa de consistencia dura en la parte media de la planta. El Servicio de Neurología descarta «en principio» una causalgia o un problema neurológico. El Servicio de Reumatología descarta cualquier proceso reumático inflamatorio.

Dada la negatividad de las exploraciones realizadas y que la zona dolorosa coincidía con la zona inervada por el Nervio tibial posterior (fig. 2), se decide el bloqueo del nervio para descartar o confirmar un procesó funcional.

Realizamos el bloqueo del nervio a su paso por detrás del maléolo interno (fig.

3) con 6 cc de Bupivacaina al 0,5 %, a los nueve minutos el paciente estaba totalmente asintomático persistiendo la analgesia durante 23 horas; pasadas las cuales, realizamos un segundo bloqueo a igual dosis. A los siete minutos desaparece el dolor, permaneciendo 18 horas asintomático.

Se llega así al diagnóstico de canal tarsiano, a pesar de la negatividad del Tinel y ser la electromiografía anodina.

En el acto quirúrgico se libera el tronco del nervio tibial posterior y las ramas calcáneas y plantares. Las ramas calcáneas presentan un aspecto engrosado y se introducen en un magma fibroso cicatricial, perdiéndose en el mismo, probable-

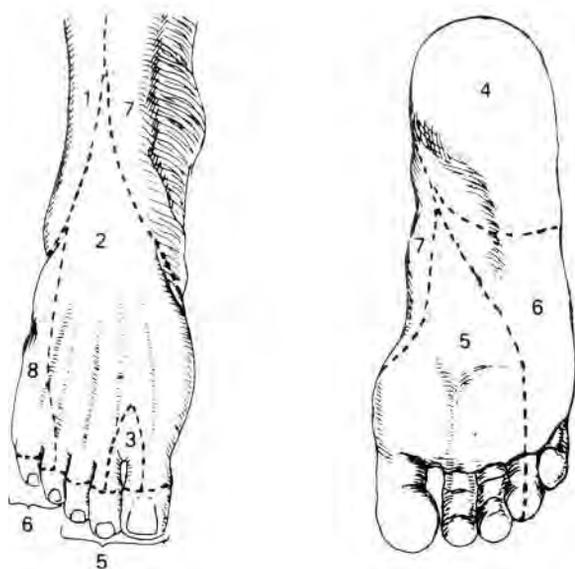


Fig. 2: Territorios sensitivos del pie. 1) Nervio cutáneo peroneo: ramo colateral. 2) Nervio musculocutáneo. 3) Nervio tibial anterior: ramos terminales del nervio ciático poplíteo externo. 4) Nervio tibial posterior y sus ramos terminales. 5) Nervio plantar interno. 6) Nervio plantar externo. 7) Nervio safeno interno: ramo terminal del nervio femoral. 8) Nervio safeno externo: ramo colateral del nervio ciático poplíteo interno.

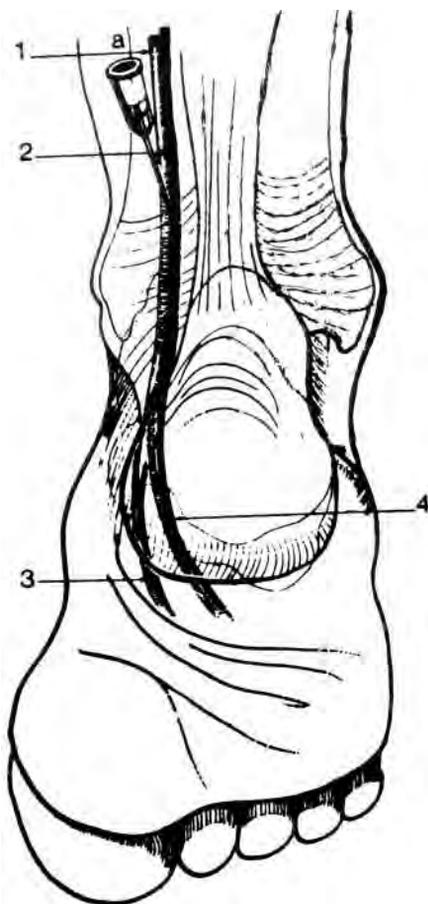


Fig. 3: Bloqueo del nervio tibial posterior: referencia y técnica. 1) Arteria tibial posterior. 2) Nervio tibial posterior. 3) Nervio plantar interno. 4) Nervio plantar externo.

mente el origen sea la intervención anterior. Se practica una sección de dichas ramas nerviosas, introduciendo el cabo proximal en la musculatura de la vecindad. Se estirpa el nódulo fibroso de la planta del pie, siendo el diagnóstico anatomopatológico de fibromatosis plantar.

El postoperatorio se desarrolla con normalidad habiendo desaparecido totalmente las molestias.

COMENTARIO

Ante un cuadro de talalgia persistente indidiagnosticada por la negatividad de las pruebas practicadas, Rx y análisis, y la ambigüedad de los datos del E.M.G., el bloqueo anestésico del nervio tibial posterior ha permitido asegurar una lesión, ¿compresión? de dicho nervio, haciendo lógica la indicación quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. FERRE MUNTÉ, J., RIUDEUBÁS SESÉ, J., CASTELLS CIRERA, A.: *Analgesia regional en la cirugía del pie. A propósito de 465 casos.* Revista Española de Anestesiología y Reanimación. Vol. 32, n° 4, pp. 146-150. 1985.
2. GAUTHIER-LAFAYE, P.: *Anestesia Locorregional.* Ed. Masson. Barcelona, 1986, págs. 117-119.
3. LEAL, V., ESCARPENTER, J.: *Talalgias*, cap. 67, en VILADOT, A. y col.: *Diez lecciones sobre patología del pie.* Ed. Toray. Barcelona, 1979, pág. 133.