

Pie caído como síntoma de un debut diabético

Oin eroria diabetesaren hasieraren sintoma gisa

I. Galé Pola, N. Gorría Redondo,
C. de Arriba Villamor, M.A. Ibaricu Yanguas

Hospital Universitario de Navarra.

RESUMEN

El término “pie caído” se refiere a la incapacidad de levantar el antepié por debilidad de los músculos dorsiflexores de la pierna. La causa más común es una mononeuropatía del nervio peroneo común por compresión mecánica. La pérdida excesiva de peso durante un periodo relativamente corto puede provocar cambios en los tejidos que rodean el nervio peroneo común y provocar su atrapamiento en el túnel peroneo. Se presenta el caso de un paciente de 13 años que acude al Servicio de Urgencias por marcha en estepaje derecha e hipoestesia de la zona anterior de la pierna derecha de dos semanas de evolución que es compatible por exploración física y neurofisiología a una mononeuropatía del nervio peroneo común. En la analítica sanguínea realizada a su llegada se detectan datos analíticos compatibles con un debut diabético. Rehistoriando al paciente describe una pérdida abrupta de peso en los meses previos. El paciente presenta mejoría clínica en 3-4 meses mediante la recuperación de peso con inicio del tratamiento para la diabetes (insulinoterapia y dieta), suplementación de déficit vitamínicos y tratamiento rehabilitador, sin precisar tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: Pie caído; Mononeuropatía nervio peroneo común; Debut diabético; Pérdida de peso.

INTRODUCCIÓN

El término “pie caído” se refiere a la incapacidad de levantar el antepié por debilidad de los músculos dorsiflexores de la pierna. La causa más común es una mononeuropatía del nervio peroneo por compresión debido a múltiples etiologías: trauma directo, tumoraciones, vasculopatía, compresión mecánica...

La pérdida excesiva de peso durante un periodo relativamente corto puede provocar cambios en los tejidos que rodean el nervio peroneo común y provocar su atrapamiento en el túnel peroneo.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Se presenta el caso de un paciente de 13 años sin antecedentes de interés que acude al Servicio de Urgencias por imposibilidad de dorsiflexión y eversion del pie derecho e hipoestesis en la cara latero-externa de la pierna y dorso del pie de dos semanas de evolución, que comenzó en forma de torpeza motriz. A la exploración física presenta alteración de la fuerza de 0/5 en músculos peroneos, tibial anterior, extensor común de los dedos y extensor del hallux, anestesia para la sensibilidad táctil fina/gruesa y térmica en zona triangular pretibio-peroneal lateral hasta raíz del 1°-4° dedo y del 5° dedo y marcha con pie en péndulo derecho con reflejos osteo-tendinosos distales ipsilaterales levemente más débiles. No refiere traumatismos, ni sobreesfuerzos o posturas forzadas. En la analítica realizada en el Servicio de Urgencias se detectan niveles de glucosa de 377 mg/dL con cetonemia de 5 mmol/L sin acidosis, por lo que se realiza el diagnóstico de debut diabético y se inicia tratamiento con dieta e insulinoterapia subcutánea. Rehistoriando al paciente, refiere polidipsia, polifagia y pérdida de 20 kg en los últimos dos meses. El estudio neurofisiológico confirma una neuropatía del nervio peroneo común axonal longitud dependiente. En la resonancia magnética de rodilla se aprecian leves cambios inflamatorios a nivel del nervio peroneo común en su recorrido posterior a la cabeza del peroné y leve edema del tejido subcutáneo adyacente. En el estudio analítico se detectan niveles bajos de cobalamina (168 ng/L) y folato (3 µg/L). Se realiza suplementación vitamínica oral con vitamina B₉/B₁₂ y tras valoración por rehabilitación se pauta fisioterapia y ortesis con férula antequina. En seguimiento y tratamiento multidisciplinar por parte de Endocrinología infantil, Rehabilitación y Neurología Infantil se observa mejoría progresiva con normalización clínica a los 3-4 meses del inicio terapéutico.

DISCUSIÓN

La pérdida excesiva y brusca de peso es una causa poco descrita en la literatura de

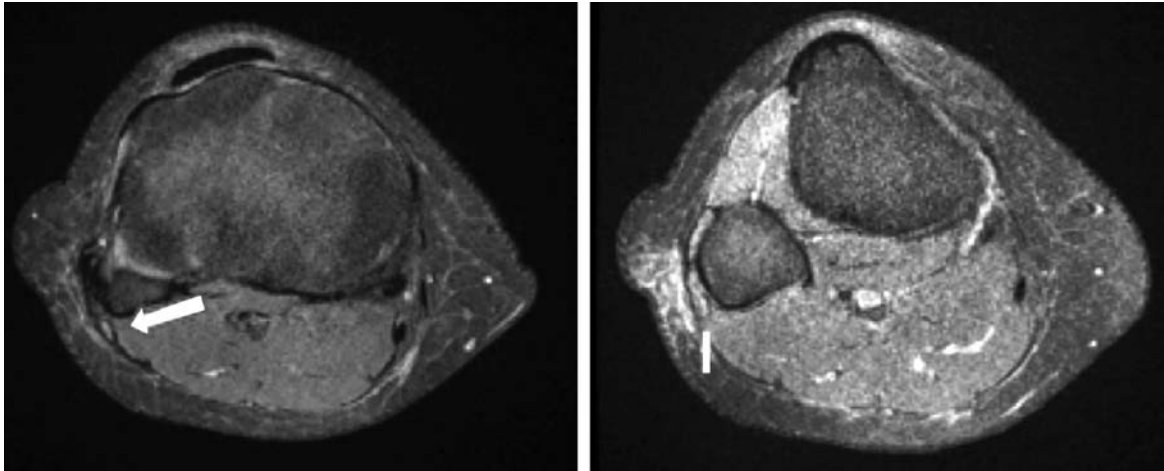


Figura 1. RM: Corte axial a la altura de la cabeza del peroné. La flecha blanca corresponde al nervio ciático-poplíteo externo con leve hiperseñal por edema del tejido graso circundante. Se aprecia engrosamiento y alargamiento del nervio.

compresión del nervio peroneo común, pero cada vez más documentada⁽¹⁻³⁾ ya que se cree que la pérdida de grasa subcutánea aumenta la susceptibilidad de compresión a nivel posterior de la cabeza del peroné. Es importante su sospecha clínica mediante una adecuada anamnesis y exploración física para un diagnóstico precoz e inicio de tratamiento. El tratamiento por lo general es conservador por medio de ortesis y fisioterapia para mantener la función muscular. En los casos en los que la neuropatía se asocie a una pérdida rápida de peso la recuperación es lenta⁽⁴⁾, pero buena llegando en la mayoría

de los casos a la normalidad clínica mediante la recuperación de peso y la suplementación vitamínica, sin necesidad de descompresión quirúrgica⁽⁵⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shahar E, Landau E, Genizi J. Adolescence peroneal neuropathy associated with rapid marked weight reduction: Case report and literature review. *Eur J Paediatr Neurol.* 2007; 11(1): 50-4.
2. Evans JW, Sell E, Lewis EC. Case 1: Foot drop and numbness in a 16-year-old girl. *Paediatrics & Child Health.* 2013; 18(10): 515-6.
3. Margulis M, Ben Zvi L, Bernfeld B. Bilateral common peroneal nerve entrapment after excessive weight loss: Case report and review of the literature. *J Foot Ankle Surg.* 2018; 57(3): 632-4.
4. Weyns FJM, Beckers F, Vanormelingen L, Vandersteen M, Niville E. Foot drop as a complication of weight loss after bariatric surgery: is it preventable? *Obesity Surgery.* 2007; 17(9): 1209-12.
5. Ramos-Leví AM, Matías-Guiu JA, Guerrero A, Sánchez-Pernaute A, Rubio, MA. Parálisis del nervio peroneo tras cirugía bariátrica; ¿la descompresión quirúrgica es siempre necesaria? *Nutrición Hospitalaria.* 2013; 28(4): 1330-2.