

SINDROME TUNEL DEL TARSO POSTERIOR.

TRATAMIENTO Y REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO.

Fernando Martin Gorroño, Maria Soledad Perez Antoñanzas , Alberto González Velado, Mar Ruiz de Castañeda Menéndez, Javier Fraga Vicandi, Alejandro Almoguera Martínez

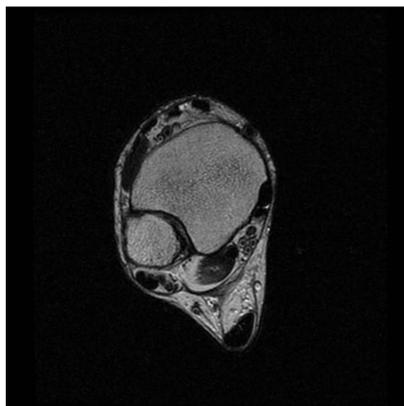
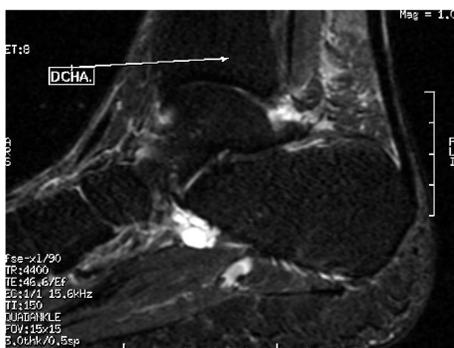
INTRODUCCION

- El síndrome del túnel del tarso posterior es considerado la **causa más común de neuropatía por atrapamiento en región de pie y tobillo**.
- Suele ser secundario a factores estructurales, patológicos, o biomecánicos que causan **compresión del nervio tibial posterior** o una de sus ramas en el interior del túnel del tarso o distalmente.



OBJETIVOS

- Se describe un caso de síndrome de túnel del tarso posterior **tratado quirúrgicamente**.
- El objetivo de nuestro estudio es determinar las características clínicas más relevantes, las causas más frecuentes de su producción, así como la indicación de tratamiento quirúrgico.



MATERIAL Y METODOS

- Varón de 53 años que presenta **parestias e hipoestesia en 1º y 2º dedo** de pie derecho, de más de 1 año de evolución y empeoramiento progresivo.
- En la exploración física, se aprecia **hipoestesia en territorio de nervio plantar medial** con déficit motor de flexor dedos 4/5.
- La RMN fue compatible con **ganglión en canal retromaleolar** de tobillo derecho.
- El EMG fue positivo para afectación de ramas interna y lateral de nervio plantar derecho.
- Se procedió a la **liberación del nervio tibial posterior y exéresis del ganglión**.
- En el postoperatorio se permitió apoyo inmediato con vendaje y soportes externos según tolerancia.

RESULTADOS

A los 3 meses el paciente presenta una **mejoría clínica** de las parestias y sensibilidad, con mejoría de la fuerza al subir y bajar escaleras, habiéndose reincorporado a su actividad laboral.



CONCLUSIONES

- El síndrome del túnel del tarso posterior es una causa rara de neuropatía por atrapamiento, pero es la más frecuente en la zona del pie y tobillo, afectando más frecuentemente a las mujeres.
- En el 60-80% de los casos se objetiva un factor etiológico responsable (fractura-luxación, varices, ganglión, enfermedades sistémicas), aunque la **causa más frecuente** suele ser **idiopática**.
- En ausencia de una lesión objetivable, el **tratamiento inicial** debe ser **conservador**, incluyendo AINES e inmovilización con férula nocturna.
- El **tratamiento quirúrgico** estará reservado a los casos de **ausencia de mejoría clínica**, o a la presencia de una **lesión ocupante** de espacio o **deformidad objetivable**.