



REHABILITACIÓN

www.elsevier.es/rh



CASO CLÍNICO

Síndrome de Baxter, a propósito de un caso

J.G. López Hermoza*, A. Fernandez-Bravo Rueda, R. Cutillas Ruiz y N. Mosquera Morales

Servicio de Rehabilitación, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

Recibido el 8 de octubre de 2016; aceptado el 12 de diciembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Neuropatía Baxter;
Fascitis plantar;
Neuropatía por
atrapamiento

KEYWORDS

Baxter neuropathy;
Plantar fasciitis;
Entrapment
neuropathy

Resumen El síndrome de Baxter consiste en una neuropatía por atrapamiento de la primera rama del nervio plantar lateral o calcáneo inferior que cursa con dolor, imposibilidad para la abducción del 5.º dedo y, en algunos casos, parestesias.

Se presenta el caso de una paciente de 44 años diagnosticada de fascitis plantar, tratada quirúrgicamente con fasciectomía tras el fracaso del tratamiento conservador. Durante el postoperatorio presentó pérdida de la movilidad del 5.º dedo, parestesias difusas y dolor moderado con dificultad para la deambulaci3n.

Tras la realizaci3n de resonancia magnética y electromiograma es diagnosticada de síndrome de Baxter.

Inici3n tratamiento de rehabilitaci3n obteniendo mejoría de la alodinia a nivel de la cicatriz y adquirió marcha sin ayudas técnicas, con menor dificultad para puntillas y talones. Sin embargo mantuvo parestesias ocasionales y ausencia de movilidad del 5.º dedo.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y SERMEF. Todos los derechos reservados.

Baxter syndrome: A case report

Abstract Baxter syndrome is an entrapment neuropathy of the first branch of the lateral plantar nerve or inferior calcaneal nerve that causes pain, inability to abduct the fifth toe and, in some cases, paraesthesia.

We report the case of a 44-year-old woman with a diagnosis of plantar fasciitis, treated surgically with fasciectomy after failure of conservative treatment. During the postoperative period, the patient showed loss of mobility of the fifth toe, moderate diffuse pain, numbness, and difficulty walking.

After the performance of magnetic resonance imaging and electromyography, the patient was diagnosed with Baxter syndrome.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: jenny.lopez@quironsalud.es, jenny.lh@hotmail.com (J.G. López Hermoza).

She began rehabilitation, which improved allodynia of the scar and allowed her to walk without technical aids and with less difficulty in heel toe walking. However, there was persistence of occasional numbness and lack of mobility of the fifth toe.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y SERMEF. All rights reserved.

Introducción

El síndrome de Baxter es una neuropatía por atrapamiento de la primera rama del nervio plantar lateral, llamado también calcáneo inferior¹. Esta rama transcurre por la cara medial del hueso calcáneo y la fascia profunda del músculo abductor hallucis. Su recorrido termina en el músculo abductor del 5.º dedo².

El diagnóstico es inusual, debido a que cursa con una clínica que lo hace indistinguible de una fascitis plantar pero, a diferencia de esta, el paciente no responde adecuadamente a medidas conservadoras³.

Presentación del caso

Mujer de 42 años, diagnosticada de fascitis plantar y espolón calcáneo, a la que en el año 2013 se le realiza fasciectomía, tras haber fracasado el tratamiento conservador con fisioterapia y el uso de ortesis plantares. Durante el postoperatorio cursó con pérdida de la movilidad del 5.º dedo, parestesias difusas y dolor moderado en la cara medio lateral del pie que le dificultaba la deambulación.

En la exploración física presentaba importante atrofia de partes blandas más intensa a nivel pericicatricial (*fig. 1*), alteración de la sensibilidad cutánea con dolor en cara medio lateral del tarso y medio tarso de características neuropáticas con irradiación a dedos. Esto le ocasionaba limitación funcional en la marcha con claudicación por dolor y limitación para realizar puntillas y talones.

Se realizó resonancia magnética (RM), donde se evidenció edema en abductor minimi digiti y atrofia de partes blandas, así como mínimo derrame en el receso anterior tibio-astragalino (*figs. 2 y 3*).

Posteriormente, se realizó un electromiograma que fue compatible con una neuropatía axonal del nervio plantar medial y plantar lateral de intensidad moderada.

Inició tratamiento de rehabilitación con el objetivo de mejorar el dolor a nivel del pie y la funcionalidad de la marcha⁴. Realizó ejercicios de estiramiento de la fascia, tratamiento manual y punción seca de los puntos dolorosos, con mejoría de la alodinia a nivel de la cicatriz, y adquirió marcha sin ayudas técnicas, con menor dificultad para puntillas y talones. Al alta persistían parestesias ocasionales en cara lateral del pie tras la bipedestación prolongada, y ausencia de movilidad del 5.º dedo.

Discusión

La neuropatía de Baxter se caracteriza por un atrapamiento del nervio calcáneo inferior. Es un nervio mixto, rama del tibial posterior, que transcurre por la cara medial del hueso calcáneo y la fascia profunda del músculo abductor hallucis y su recorrido termina en el músculo abductor del 5.º dedo. En cuanto a las posibles zonas de atrapamiento de este nervio, se ha descrito entre los músculos cuadrado plantar y el abductor hallucis. Se puede observar en pacientes con una biomecánica alterada, como una hiperpronación del tobillo. En segundo lugar, el nervio puede ser comprimido en su paso por delante de la tuberosidad medial del calcáneo, o si está presente, a nivel de un espolón calcáneo plantar^{5,6}.

Los síntomas específicos para esta neuritis incluyen dolor en talón al final del día, parestesias en la cara plantar y externa del talón, y dolor a la palpación en la cara medial del retropié a lo largo del trayecto del nervio entre los músculos abductor y cuadrado plantar⁵.

En estudios previos se ha demostrado la utilidad de la RM para el diagnóstico de esta patología, que muestra atrofia del músculo abductor del 5.º dedo, lo cual refleja compresión crónica de la rama del nervio calcáneo inferior, así como infiltración de tejido fibroadiposo⁷. Además, puede encontrarse edema como una señal de denervación aguda o subaguda⁸. Los estudios electrofisiológicos confirman el



Figura 1 Atrofia de la almohadilla plantar, cicatrices posquirúrgicas. Lesión ampollosa por roce.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5711517>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5711517>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)