

son la maniobra de Pace, la maniobra de Freiberg y la maniobra de Beatty. Lasegue suele ser positivo. Electromiograma y electroneurograma suelen ser negativos.

Tratamiento: inicialmente se basa en la terapia física y en la analgesia. Ultrasonidos y TENS consiguen mejoría del cuadro doloroso. El siguiente escalón lo constituye la infiltración de anestésicos locales, corticoides o toxina botulínica. En última instancia la cirugía, en la que se realiza una desinserción del piriforme en el trocánter mayor y una liberación del nervio ciático.

3. PIERNA

3.1. Peroneo común o ciático poplíteo externo

Continuando el recorrido del nervio ciático por la cara posterior de la pierna, este se divide a nivel de la fosa poplíteica en el nervio tibial posterior, que continúa por la cara posterior de la pierna hasta el tobillo, y el nervio peroneo común, que se hace anterior a nivel del cuello del peroné para dividirse posteriormente en sus dos ramas: superficial (nervio musculocutáneo) y profunda (nervio tibial anterior).

Etiología: la compresión del nervio a nivel de la cabeza del peroné es la causa más frecuente, generalmente tras traumatismos, por yesos que comprimen la zona o tras tracciones excesivas en cirugías, o por encamamientos prolongados ⁽⁵⁾.

Clínica y diagnóstico: dolor y limitación funcional del tibial anterior, musculatura peronea y extensora de los dedos, por lo que tendremos limitada la flexión del tobillo y eversión del pie. Este adoptará una posición en equino. Igualmente puede parecer hipoestesia en cara antero-externa de la pierna y dorso de pie y dedos. Las pruebas de imagen permiten descartar causas compresivas o de atrapamiento; el estudio electrofisiológico nos confirma el diagnóstico y localiza la lesión.

Tratamiento: por lo general la sintomatología remite dentro de los 3-4 primeros meses, en los que se debe plantear el uso de ortesis antiequino ⁽⁶⁾. Si tras esos meses no se resuelve, se planteará la descompresión quirúrgica desde el extremo proximal del peroné hasta su división en sus ramos superficial y profundo.

3.2. Peroneo superficial o nervio musculocutáneo

Siguiendo el recorrido del nervio peroneo común, este se divide en sus ramos superficial y profunda una vez rodeado el cuello del peroné. Desciende por la cara anterolateral de la pierna hasta el tercio inferior de la misma donde da las ramas sensitivas que recogen la

sensibilidad del dorso del pie y espacios interdigitales (excepto el primero). Inerva los músculos peroneo largo y corto.

Etiología: ejercicio intenso, síndrome compartimental crónico, traumatismos directos sobre la musculatura peronea o tumoraciones, causas metabólicas.

Clínica y diagnóstico: dolor tipo lancinante con alteraciones de la sensibilidad tipo hipo o hiperalgesia, alodinia, en el territorio sensitivo. Tinel positivo en el recorrido del nervio tras la inversión y flexión plantar forzada puede guiarnos en el diagnóstico.

Tratamiento: inicialmente conservador, con reposo y terapia física. Si no ceden los síntomas se puede optar por una apertura de la fascia intermuscular.

3.3. Peroneo profundo o tibial anterior

Tras su origen en el cuello del peroné, desciende por la cara anteromedial de la pierna dando inervación motora a los músculos tibial anterior, flexor común de los dedos, flexor largo del hallux y extensor corto de los dedos. Sus ramos terminales recogen la sensibilidad del primer espacio interdigital.

Etiología: cuadro poco frecuente que se suele dar a consecuencia de un síndrome compartimental crónico o por traumatismos directos sobre la musculatura.

Clínica y diagnóstico: dolor en la parte anterior de pierna y tobillo, dificultad para la extensión de tobillo y alteración de la sensibilidad. Los estudios de conducción nerviosa y electromiográficos son de especial utilidad para el diagnóstico de esta lesión.

Tratamiento: reposo y terapia física cuando se deba a causa traumática. Descompresión quirúrgica si se establece un síndrome compartimental.

4. PIE

4.1. Safeno externo o nervio sural

Se forma por la unión de una rama del nervio ciático poplíteo interno y otra del nervio ciático poplíteo externo.

Etiología: su compresión sucede en el borde lateral de pie o tobillo (esguinces de repetición, secuelas de fracturas como las del 5º metatarsiano o del calcáneo, lesiones ocupantes de espacio o tendinitis crónicas del Aquiles) ⁽⁷⁾.

Clínica y diagnóstico: presenta parestesias en la zona de distribución y la flexión plantar con inversión del pie reproduce la sintomatología. Hay que descartar radiculopatía S1.

Tratamiento: el tratamiento conservador consiste en el uso de zapato adecuado y en tratar la patología subyacente. Si este no da buen resultado estaría indicado la exploración quirúrgica y descompresión nerviosa.

4.2. Síndrome del túnel del tarso

Se trata de una compresión del nervio tibial posterior o de alguna de sus ramas en su paso por el túnel del tarso, que lo forman el retináculo flexor y el espacio formado entre tibia, astrágalo y calcáneo (conducto calcáneo de Richet).

Etiología: entre sus causas se ha asociado a patología sistémica, traumáticas, lesiones ocupantes de espacio, varices o coaliciones astrágalo-calcáneas⁽⁸⁾.

Clínica y diagnóstico: dolor tipo urente en la zona del maléolo interno y que se irradia a la zona del talón o hacia la planta del pie. Parestesias en el borde interno del pie, la planta del pie y la región distal de los dedos. Es característica la intermitencia de los síntomas, lo que dificulta el diagnóstico. Encontramos empastamiento difuso retro y submaleolar que se asocia a Tinnel positivo. El **fenómeno de Valleix** y el signo del acabalgamiento son signos clínicos típicos de este cuadro⁽⁹⁾. El EMG tiene gran valor ya que es positivo en el 90% de los casos, aunque también da muchos falsos negativos.

Tratamiento: el tratamiento conservador consiste en reposo, frío local, analgésicos, eventuales infiltraciones o colocación de una ortesis supinadora de talón. Si este fracasase estaría indicada la liberación quirúrgica del túnel del tarso. Se ha descrito una técnica endoscópica con resultados similares a los de la cirugía abierta, pero con deambulacion precoz. Del mismo modo también está descrita la técnica de descompresión del túnel del tarso guiada con ecografía.

4.3. Plantar lateral

Se debe a la compresión del nervio calcáneo inferior (**nervio de Baxter**) que inerva al músculo abductor del quinto dedo.

Etiología: es una afección infradiagnosticada que se confunde con una fascitis plantar. El nervio puede quedar atrapado en la fascia profunda cerca de la tuberosidad calcánea medial o debido a la compresión de la fascia plantar.

Clínica y diagnóstico: se presenta como un dolor crónico en la zona medial del talón, tipo urente, que puede empeorar con la actividad o por la noche, puede persistir durante todo el día y presentar signos neurológicos como hormigueo, disestesia o hipoestesia.

La localización del dolor suele ser más medial y distal a la tuberosidad calcánea.

Tratamiento:

- **Conservador:** modificaciones del calzado, fisioterapia, ortesis, neuromodulación, infiltración de corticoides o toxina botulínica.
- **Quirúrgico:** descompresión quirúrgica del nervio cuando falla el tratamiento conservador.

4.4. Síndrome del túnel del tarso anterior

Se trata del atrapamiento del nervio peroneo profundo durante su paso por debajo del retináculo extensor inferior, a la altura del tobillo, por lo que la afectación es sólo sensitiva.

Etiología: aparece frecuentemente en corredores y en pacientes con proceso degenerativo artrósico que presentan osteofitos en medio pie o retropié.

Clínica y diagnóstico: parestesias y dolor tipo urente en el primer espacio intermetatarsiano y lados contiguos de dedos adyacentes. Cuando la compresión nerviosa es proximal al retináculo la afectación es tanto motora como sensitiva, apareciendo atrofia de los extensores cortos de los dedos y dolor en el seno del tarso.

Diagnóstico clínico. El uso de electroneurograma y electromiograma ayuda a dilucidar si la afectación es sensitiva o mixta.

Tratamiento: tratamiento conservador (adaptación de calzado, reposo, medicación analgésica, corticoides) y si este fracasara estaría indicada la exploración y eventual descompresión y neurectomía del nervio peroneo profundo.

4.5. Neuroma interdigital o neuroma de Morton

Se trata de la compresión de un nervio digital plantar del pie que se produce por debajo del ligamento transversal metatarsal durante la fase de despegue de la marcha, coincidiendo con la flexión dorsal de los dedos⁽¹⁰⁾.

Etiología: microtraumatismos, tenosinovitis, bursitis o lesiones ocupantes de espacio. Su aparición está en relación con pies cavos, el uso de calzado con tacón.

Clínica y diagnóstico: afecta al tercer espacio intermetatarsal hasta en el 66% de los casos y al segundo espacio en el 32%. Hasta en un 21% es bilateral. La clínica principal es la aparición de un dolor neurálgico súbito que se irradia a los dedos adyacentes y a veces retrógradamente a la parte lateral de la pierna.

Al comprimir digitalmente el espacio intermetatarsal se produce una irradiación parestésica (signo del timbre).

Al realizar una compresión mediolateral del pie se reproducen los síntomas y se escucha un chasquido como consecuencia del desplazamiento plantar del neuroma (**signo de Mulder**).

La ecografía es la prueba que habría que solicitar si hay dudas del diagnóstico o cuando está afectado más de un espacio. Se considera prueba diagnóstica la infiltración de anestésico local 2 cm proximal a la cabeza del metatarsiano.

Tratamiento:

• Conservador:

- Calzado ancho, con suela rígida. Plantillas blandas. Ortesis de descarga.
- AINEs. Infiltración con corticoides (evitar más de 3 por atrofia grasa y de la placa volar). Resuelve la sintomatología a largo plazo hasta en un 30% de los casos. Infiltración con toxina botulínica, alcohol o capsaicina.

• Quirúrgico:

- Sección del ligamento transversal intermetatarsal y resección del neuroma y del nervio afecto lo más proximal posible (3 cm proximal al ligamento).
- Recientemente también ha surgido una línea que opta por realizar solo la neurectomía del nervio (sin exéresis del neuroma). Los resultados mostrados son similares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tedeschi R. Baxter's nerve: the hidden culprit of chronic heel pain. *Neurol Sci.* 2025 May 26. Epub ahead of print. DOI: 10.1007/s10072-025-08253-0
2. Azar FM, Beaty JH, eds. Campbell. Cirugía ortopédica. 14ª ed. Vol. IV, Parte XVI: Lesiones de los nervios periféricos de las extremidades superiores e inferiores. Philadelphia: Elsevier; 2022.
3. Craig A. Entrapment neuropathies of the lower extremity. *PM R.* 2013 May;5(5 Suppl):S31-40. DOI: 10.1016/j.pmrj.2013.03.029
4. Climent Barbera JM, Pastor Saura G. Lesiones y atrapamientos de los nervios periféricos: dolor neuropático. Madrid: Canal Estrategia Editorial; 2017. 304 p. ISBN: 978-84-16813-32-2.
5. Uygur ME. Canalicular syndromes of the lower limbs. In: *Textbook of Musculoskeletal Disorders*. Cham: Springer; 2023. p. 727-35. DOI: 10.1007/978-3-031-20987-1_79
6. Kumar S, Mangi MD, Zadow S, Lim W. Nerve entrapment syndromes of the lower limb: a pictorial review. *Insights Imaging.* 2023 Oct 2;14(1):166. DOI: 10.1186/s13244-023-01514-6
7. Williams T, Robinson A. Entrapment neuropathies of the foot and ankle. *Orthopedics and Trauma.* 2009;23(6):404-11.
8. Biz C, Crimi A, Mori F, Zinnarello FD, Sciarretta G, Ruggieri P. Morton's neuroma: who, when and how contributed to its description and treatment? *Int Orthop.* 2025 Apr;49(4):975-87. DOI: 10.1007/s00264-024-06390-3
9. Yoshida H, Kim K, Tajiri T, Fujihara F, Matsumoto J, Abe H, *et al.* Tarsal tunnel syndrome: a clinical review. *J Nippon Med Sch.* 2025;92:132-7. DOI: 10.1272/jnms.JNMS.2025_92-206
10. Szewczyk J, Szuciak A, Mozga K, Synowiecka O, Rydzik I, Talarek K, *et al.* Tarsal tunnel syndrome in runners: diagnosis and return to physical activity – a review. *Wiad Lek.* 2025;78(3):584-90. DOI: 10.36740/WLek/202447