

Tratamiento quirúrgico precoz para la compresión severa idiopática del nervio peroneo común. Serie de casos

Mariano O. Abrego, Victoria Barbaglia, Fernando Holc, Pedro Bronenberg Victorica, Ignacio Rellán, Agustín G. Donndorff, Gerardo L. Gallucci, Pablo De Carli, Jorge G. Boretto

Centro de Ortopedia y Traumatología "Carlos E. Ottolenghi", Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Introducción: La compresión del nervio peroneo común es frecuente en el miembro inferior y puede ser idiopática o secundaria. Las compresiones secundarias se han estudiado ampliamente y la descompresión microquirúrgica logra buenos resultados. Sin embargo, la evidencia sobre las compresiones idiopáticas es limitada. Este estudio busca comunicar casos de compresión idiopática severa del nervio peroneo común tratada con cirugía, evaluar los resultados y analizar la necesidad de un protocolo terapéutico estandarizado. **Materiales y Métodos:** Se realizó una revisión retrospectiva de pacientes con diagnóstico de parálisis idiopática del nervio peroneo común en los últimos 10 años. Se incluyeron casos con electromiograma positivo y sin antecedentes de trauma, con resonancia magnética negativa y hallazgos intraoperatorios normales. Se excluyó a pacientes con atrapamiento secundario, problemas raquídeos, alteraciones psiquiátricas o embarazo. Se definió como caso severo cuando el déficit motor de dorsiflexión era $\leq 2/5$. Se evaluaron variables preoperatorias, intraoperatorias y posoperatorias. **Resultados:** Ocho pacientes cumplieron los criterios de inclusión (2 mujeres y 6 hombres). El tiempo medio desde el diagnóstico hasta la cirugía fue de 30 días, el seguimiento promedio fue de 959 días. Todos recuperaron, al menos, 4/5 de fuerza en dorsiflexión. Seis pacientes recuperaron la fuerza y la sensibilidad completamente. No se observaron complicaciones. **Conclusiones:** La descompresión precoz del nervio peroneo común es un procedimiento seguro para la compresión idiopática severa. Se sugiere la creación de un protocolo estandarizado para su tratamiento.

Palabras clave: Nervio peroneo común; pie equino; compresión neurológica periférica.

Nivel de Evidencia: IV

Early Surgical Treatment for Severe Idiopathic Compression of the Common Peroneal Nerve: A Case Series

ABSTRACT

Introduction: Compression of the common peroneal nerve (CPN) is a common condition in the lower limb and can be either idiopathic or secondary. While secondary compressions have been extensively studied and show good outcomes with microsurgical decompression, evidence regarding idiopathic compressions remains limited. This study aims to report cases of severe idiopathic CPN compression treated surgically, evaluate clinical outcomes, and assess the need for a standardized treatment protocol. **Materials and Methods:** A retrospective review was conducted on patients diagnosed with idiopathic CPN palsy over the past 10 years. Inclusion criteria comprised cases with a positive electromyogram, no history of trauma, negative MRI findings, and normal intraoperative findings. Patients with secondary nerve entrapment, spinal pathology, psychiatric disorders, or pregnancy were excluded. Severe cases were defined as those presenting with a dorsiflexion motor deficit of $\leq 2/5$. Preoperative, intraoperative, and postoperative variables were analyzed. **Results:** Eight patients met the inclusion criteria (2 women, 6 men). The mean time from diagnosis to surgery was 30 days, with an average follow-up of 959 days. All patients regained at least 4/5 dorsiflexion strength. Six patients achieved full recovery of both strength and sensation. No complications were reported. **Conclusions:** Early decompression of the CPN is a safe and effective procedure for severe idiopathic compression. The establishment of a standardized treatment protocol is recommended.

Keywords: Common peroneal nerve; equinus foot; peripheral nerve compression.

Level of Evidence: IV

Recibido el 15-12-2024. Aceptado luego de la evaluación el 28-1-2025 • Dr. MARIANO O. ABREGO • mariano.abrego@hiba.org.ar

 <https://orcid.org/0000-0001-9783-7373>

Cómo citar este artículo: Abrego MO, Barbaglia V, Holc F, Bronenberg Victorica P, Rellán I, Donndorff AG, Gallucci GL, De Carli P, Boretto JG. Tratamiento quirúrgico precoz para la compresión severa idiopática del nervio peroneo común. Serie de casos. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol* 2025;90(2):115-122. <https://doi.org/10.15417/issn.1852-7434.2025.90.2.2084>

INTRODUCCIÓN

La compresión del nervio peroneo común (NPC) es la neuropatía focal más frecuente del miembro inferior.^{1,2} Se trata de la tercera neuropatía compresiva más frecuente, solo superada por la compresión del nervio mediano y del nervio cubital.³ Es, a su vez, la principal causa de entumecimiento asociado a dolor y debilidad muscular. La compresión del NPC puede manifestarse con síntomas sensitivos o déficit motor: compromiso de la dorsiflexión y eversion del pie. Esta entidad se divide, a grandes rasgos, en 2 grupos: las compresiones idiopáticas y las lesiones secundarias.⁴ Las lesiones secundarias del NPC engloban un vasto número de causas, la mayoría publicadas como casos aislados o series pequeñas.^{5,6} Las compresiones idiopáticas pueden afectar a cualquier grupo etario.⁷

Se han estudiado los resultados clínicos de la descompresión microquirúrgica del NPC en compresiones secundarias (postraumáticas, iatrogénicas, tumorales) y estos fueron dispares en la mayoría de las series.^{1,8,9} Sin embargo, los artículos publicados se limitan a series de casos heterogéneas, provenientes de distintas especialidades. Hay series reportadas por ortopedistas, cirujanos plásticos, neurocirujanos y especialistas en medicina del deporte.^{4,10} Los lineamientos del tratamiento no son homogéneos y están poco estandarizados.¹¹ Tampoco hay consenso en términos de cómo evaluar los resultados, tanto del tratamiento conservador como de la cirugía.^{12,13}

La información disponible sobre las compresiones idiopáticas del NPC es escasa. Se trata de una entidad poco definida en términos de gravedad y tiempos de tratamiento. Es por esto que este artículo tiene como objetivo presentar una serie de pacientes con compresión idiopática severa del NPC tratados con cirugía, evaluar los resultados y proponer un protocolo terapéutico estandarizado para el cirujano ortopedista.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión retrospectiva durante un período de 10 años de los pacientes con diagnóstico de parálisis idiopática del NPC, en nuestra institución. Se definió como idiopático a aquel caso sin un antecedente de trauma o compresión, con una resonancia magnética negativa, hallazgos intraoperatorios negativos y un electromiograma positivo. También se evaluó la pérdida de peso considerable como causa probable.

Se excluyó a los pacientes con atrapamiento del NPC secundario, es decir, que tenían alguna imagen o algún hallazgo preoperatorio compatible con compresión del NPC; a quienes sufrieron neuropraxia del NPC como consecuencia de cirugías de rodilla o síntomas de compresión del NPC como causa secundaria a una enfermedad raquídea. Por último, también se excluyó a pacientes con antecedentes de alteraciones psiquiátricas o embarazadas en el momento de los síntomas.

Se definió como severo a aquel caso con déficit motor de dorsiflexión inicial $\leq 2/5$ según la Escala del *Medical Research Council* (MRC) para fuerza muscular.

Protocolo preoperatorio

En la primera consulta médica, los pacientes fueron evaluados por un *fellow* entrenado en enfermedad de nervios periféricos y, a su vez, reevaluados por el cirujano a cargo del procedimiento quirúrgico. La anamnesis estandarizada para pacientes con pie equino incluyó investigar sobre cambios abruptos en el índice de masa corporal (descenso marcado de peso), antecedentes de cirugía bariátrica, antecedentes de trauma directo en la rodilla o el tercio superior de la pierna afectada (incluye el uso de inmovilizadores a ese nivel), antecedentes de cirugía de rodilla (artroscópica o a cielo abierto), práctica de deportes de contacto o posturas que puedan favorecer la compresión del nervio, antecedentes de trastornos metabólicos, posturas en el entorno laboral (trabajadores rurales, agacharse de manera repetitiva soportando peso).

El examen de la función motora consistió en la evaluación de los músculos que inervan el NPC: tibial anterior, extensor largo de los dedos, peroneo tercero, extensor largo del dedo gordo, extensor corto de los dedos, extensor corto del dedo gordo, peroneo largo y peroneo corto; recordando que los músculos peroneos son inervados por la rama superficial del nervio, mientras que el resto, por la rama profunda.

La fuerza se evaluó con la escala MRC: 0 para la ausencia de contracción, 1 para la mínima contracción muscular, 2 para el movimiento activo en ausencia de gravedad, 3 para la presencia de contracción débil contra gravedad, 4 para movimiento activo contra gravedad y resistencia y 5 para fuerza normal.¹⁴ El NPC no se correlaciona con ningún reflejo, por lo cual no hay ninguna maniobra de provocación relacionada con él.

La función sensitiva del nervio se evaluó mediante el estímulo manual de las regiones dérmicas inervadas por este. El NPC propiamente dicho inerva la cara lateral proximal de la pierna. La rama superficial aporta la inervación del dorso del pie y el tercio anterolateral distal de la pierna, mientras que la rama profunda da sensibilidad al primer espacio dorsal del pie. Se evaluó, como rutina, la maniobra de provocación de Tinel en el trayecto del nervio.

En cuanto a los estudios complementarios, a aquellos pacientes que tenían una clínica sugestiva de compresión del NPC se les solicitó, de manera estandarizada, un electromiograma con velocidad de conducción motora y sensitiva del miembro inferior. Se los derivó al Servicio de Neurología para dicho estudio. Además, se solicitaron radiografías de rodilla (anteroposterior y de perfil) y una resonancia magnética específica para la pesquisa de una lesión nerviosa periférica (neurografía por resonancia de alta resolución con contraste intravenoso).

Se consideró que los pacientes con clínica de compresión severa (pie equino y $M \leq 2$) y un electromiograma positivo, sin hallazgos en los estudios por imágenes tenían, *a priori*, una compresión severa idiopática del NPC y se les indicó la exploración y eventual descompresión quirúrgica. Todos respondieron un cuestionario de la *American Orthopaedic Foot and Ankle Society* (AOFAS) antes de la cirugía y en el posoperatorio más alejado posible.

Protocolo quirúrgico

Se coloca al paciente en decúbito supino, con el miembro inferior ligeramente flexionado. Se realiza una incisión de 5 cm bajo el cuello del peroné. La incisión es oblicua justo por debajo de la cabeza del peroné y sigue el curso del NPC. Se disea el tejido subcutáneo hasta alcanzar la fascia superficial que recubre el nervio. En este momento, el nervio suele detectarse distalmente en su curso medial y posterior a la cabeza del peroné. A continuación, se incide la fascia paralela al nervio. Se descomprime el nervio con una técnica microquirúrgica, seccionando los ligamentos y la fascia hasta que queda completamente libre. La disección continúa hasta la trifurcación del nervio, poniendo especial cuidado en inspeccionar las ramas articulares para descartar la presencia de quistes ganglionares intraneurales. Las ramas motoras del nervio suelen perforar los tabiques intermusculares. Es indispensable liberar el tabique intermuscular crural posterior que se encuentra en la profundidad del borde anterior del músculo peroneo largo. Luego se identifican el tabique intermuscular crural anterior y la fascia circundante que engloba al NPC sobre la fascia profunda. Estas estructuras se liberan sistemáticamente para descomprimir el NPC en la cabeza del peroné. El nervio está protegido por tejido graso que debe mantenerse en lo posible, porque proporciona la vascularización y permite el movimiento pasivo de deslizamiento durante el movimiento articular. Es de suma importancia el manejo de la hemostasia para prevenir hematomas que puedan comprimir el nervio liberado. La herida se cierra con suturas reabsorbibles para los planos subcutáneos, mientras que la piel puede cerrarse con pegamento biológico (adhesivos tisulares) o una sutura intradérmica con nailon (Figura).

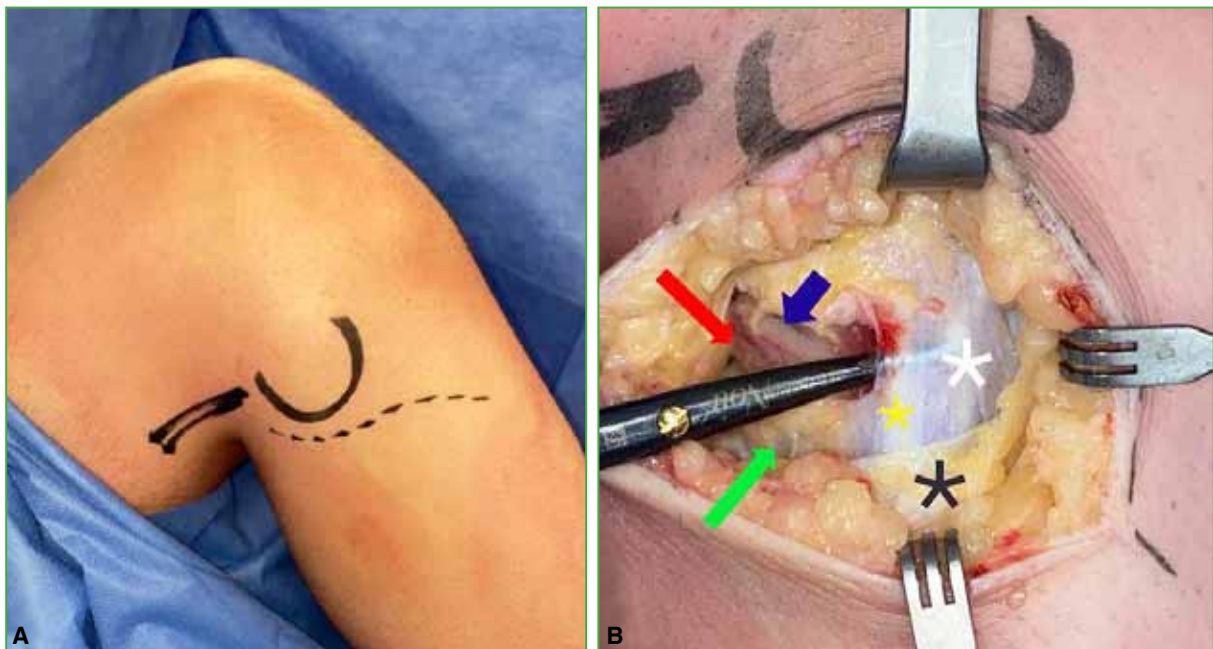


Figura. A. Marcación preoperatoria del abordaje utilizando como referencia la cabeza del peroné y la orientación del nervio. B. Músculo sóleo (flecha roja), nervio peroneo común (flecha azul), tabique anterior (flecha verde), extensor largo de los dedos (asterisco amarillo), músculos peroneos (asterisco blanco), fascia anterior (asterisco negro).

Protocolo posoperatorio

El paciente abandona el quirófano con una ortesis de protección de tobillo y pie a 90° (bota Walker). Por lo general, debido a la gravedad del cuadro, a estos pacientes ya se les había indicado el uso de la bota antes de la cirugía para mantener el tobillo en buena posición. Si bien la carga no está contraindicada, sugerimos, durante los primeros días posteriores a la cirugía, mantener el miembro elevado para evitar el edema y mejorar la cicatrización. Si hay edema, está indicado el uso de medias de descanso. Los pacientes comienzan la fisioterapia a los 5 días, con un plan de rehabilitación neuromuscular que incluye asistencia y mejora en la marcha, manejo del edema residual y la cicatriz, mantenimiento del rango de movilidad del tobillo y recuperación de la fuerza.

La recuperación motora y sensitiva se evaluó mensualmente, a partir de los 30 días de la cirugía hasta alcanzar la restitución completa o, en su defecto, hasta el máximo seguimiento posible para cada caso. Se realizó una evaluación según el puntaje de la AOFAS al finalizar el seguimiento.

Todos los pacientes otorgaron el consentimiento informado y aceptaron participar en el estudio. Esta investigación se llevó a cabo de acuerdo con la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Durante un período de 10 años (2013-2023), se realizaron 16 procedimientos de descompresión del NPC. Ocho pacientes cumplieron con los criterios de inclusión (2 mujeres y 6 hombres). El tiempo promedio desde el diagnóstico hasta la cirugía fue de 30 días. El seguimiento promedio fue de 959 días. Todos recuperaron, al menos, una fuerza motora de 4/5 de dorsiflexión del pie afectado. Seis de los 8 pacientes recuperaron la fuerza y la sensibilidad por completo. Ninguno sufrió un descenso abrupto de peso. Tampoco se comunicaron antecedentes de relevancia relacionados con el cuadro en estudio. Ninguno de los pacientes era fumador. En la [Tabla 1](#), se muestran los datos demográficos de la serie.

Tabla 1. Datos demográficos y preoperatorios

Pa- ciente	Edad	Sexo	Latera- lidad	Taba- quismo	Tiempo desde el diagnóstico hasta la ci- rugía (días)	Electro- miogra- ma	RM	Sensibilidad	TA	ELDG	ELD	Pero- neos	Puntaje de la AOFAS
1	16	M	D	No	30	Positivo	Sin hallazgos	Parestesia total	M0	M0	M0	M0	38
2	78	M	D	No	20	Positivo	Sin hallazgos	Hiperestesia en cara lateral de la pierna más hipoestesia en dorso del pie	M2	M0	M2	M2	24
3	78	F	I	No	15	Positivo	Sin hallazgos	Hipoestesia en dorso del pie	M0	M1	M2	M2	44
4	63	F	I	No	40	Positivo	Sin hallazgos	Hipoestesia en dorso del pie	M0	M0	M0	M0	24
5	60	M	D	No	35	Positivo	Sin hallazgos	Hipoestesia en dorso del pie	M2	M2	M1	M1	40
6	47	M	D	No	40	Positivo	Sin hallazgos	Hipoestesia en cara lateral de la pierna más hipoestesia en dorso del pie	M0	M2	M0	M2	24
7	41	M	D	No	40	Positivo	Sin hallazgos	Hipoestesia en cara lateral de la pierna más hipoestesia en dorso del pie	M1	M2	M1	M2	24
8	16	M	I	No	20	Positivo	Sin hallazgos	Hipoestesia en cara lateral de la pierna más hipoestesia en dorso del pie	M0	M0	M1	M1	24

M = masculino; F = femenino; D = derecha; I = izquierda; RM = resonancia magnética; TA = tibial anterior, ELDG = extensor largo del dedo gordo; ELD = extensor largo de los dedos AOFAS = American Orthopaedic Foot and Ankle Society.

No hubo complicaciones intraoperatorias ni posoperatorias. En todos los casos, la lesión nerviosa se correspondió con una neuropraxia según la clasificación de Seddon,¹⁵ sin evidencias de axonotmesis o neurotmesis, se correspondían con lesiones tipo 1 de Sunderland.¹⁶ Todos los electromiogramas informaron compromiso neurógeno agudo, con actividad desnervadora actual, sin signos de reinervación en el momento de dicho estudio y con topografía de lesión a nivel del NPC en la rodilla, con bloqueo de la conducción. El puntaje promedio de la AOFAS fue de 30 antes de la cirugía (rango 24-44) y de 97 al final del seguimiento (rango 93-100). En la **Tabla 2**, se detallan los resultados en el último control.

Tabla 2. Evaluación posoperatoria

Paciente	Hallazgos intraoperatorios	Seguimiento (días)	TA	ELDG	ELD	Peroneos	Puntaje de la AOFAS
1	Negativo	465	M5	M5	M5	M5	93
2	Negativo	755	M4	M4	M4	M5	95
3	Negativo	2550	M4	M5	M5	M5	93
4	Negativo	435	M5	M5	M5	M5	100
5	Negativo	395	M4	M4	M4	M4	100
6	Negativo	1850	M5	M5	M5	M5	95
7	Negativo	730	M5	M5	M5	M5	100
8	Negativo	495	M5	M5	M5	M5	100

TA = tibial anterior; ELDG = extensor largo del dedo gordo; ELD = extensor largo de los dedos; AOFAS = American Orthopaedic Foot and Ankle Society.

DISCUSIÓN

Presentamos una serie de casos de descompresión precoz idiopática del NPC con lo que hemos tipificado como compromiso severo. El tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la cirugía fue de 30 días. Los resultados funcionales fueron satisfactorios en todos los pacientes después de la descompresión del NPC. Nuestros resultados son comparables con los de la serie más importante publicada hasta hoy que incluyó a 14 pacientes con diagnóstico de compresión severa idiopática. Cabe remarcar que dicha serie fue publicada y desarrollada en el ámbito de la Neurocirugía y no dentro de la Ortopedia.¹³ Si bien es un estudio prospectivo, en un paciente, la cirugía se demoró más de 100 días y, en nuestra serie, todos fueron operados dentro del primer mes. En el estudio, se llegó a la conclusión de que, mediante la descompresión temprana, se pueden lograr mejores resultados. Si bien es difícil definir cuánto es el tiempo límite para considerar que la descompresión del nervio es precoz, creemos que el éxito de la cirugía se debe, en parte, al poco tiempo transcurrido. No hay consenso sobre este punto y sería inviable realizar cualquier tipo de estudio prospectivo en donde se tome una conducta expectante en casos severos con el fin de poder evaluar diferencias en cuanto a la respuesta a la descompresión. Tampoco es posible contar, en nuestro caso, con un grupo de control, porque, desde la teoría, consideramos que los casos severos deben ser operados lo antes posible.

Las fibras del NPC derivan de las raíces L4-S1, descendiendo como parte del nervio ciático para luego separarse como nervios peroneos. El nervio es propenso a sufrir compresión al envolver, de manera superficial, la cabeza del peroné en la cara lateral de la rodilla. A este nivel, el nervio está cubierto solo por tejido subcutáneo y tejido adiposo.¹⁷ El recorrido del NPC tiene amplias variables anatómicas. Si bien hay zonas de seguridad reportadas, la variabilidad entre individuos es muy alta y no se recomienda utilizar reparos estandarizados.

Los sitios más comunes de compresión del NPC son el tabique intermuscular, la congruencia entre la inserción proximal del sóleo y el peroneo largo, la entrada al túnel fibroso propiamente dicho, la banda fibrosa de la cabeza profunda del peroneo largo y la fascia del músculo peroneo.^{18,19} Hoy en día, se considera a la compresión del NPC como un fenómeno dinámico. Usando mediciones intraoperatorias, se ha demostrado que la presión del nervio disminuye a medida que se van liberando los sitios de compresión más frecuentes de manera progresiva.²⁰

El diagnóstico de compresión idiopática del NPC no es sencillo y se deben tener en cuenta ciertos aspectos. La clínica puede, en un principio, asemejarse a la de otros cuadros, como el síndrome compartimental crónico. La etiología del pie equino puede ser muy diversa. Un examen clínico minucioso y un repaso de la historia clínica detallada son esenciales para poder comprender la causa y, sobre todo, poder pronosticar la posibilidad de recuperación sin una descompresión quirúrgica.

Aquellos pacientes con parálisis del NPC de evolución rápida y aguda sin recuperación motora precoz son candidatos a la exploración del nervio y la eventual descompresión.²¹ En general, la descompresión quirúrgica de los nervios del miembro inferior mejora, de manera significativa, la calidad de vida de los pacientes.²¹ Sin embargo, en la actualidad, no se dispone de estudios prospectivos aleatorizados para poder establecer recomendaciones estandarizadas acerca de cuándo descomprimir el nervio.¹¹

Una vez establecido el diagnóstico de compresión, la tendencia a indicar una serie poco protocolizada de tratamientos conservadores puede entorpecer la evolución del paciente. Entre ellos, se destacan la modificación de la actividad física, la fisioterapia, los ejercicios de elongación, los masajes, los bloqueos nerviosos o la iontoforesis. No obstante, en casos severos, la recuperación suele ser incompleta.²⁰

En 2023, Oosterbos y cols.²² realizaron una encuesta y concluyeron en que no solo hay diferencias sustanciales en la conducta terapéutica entre colegas de la misma especialidad, sino que también las hay entre las distintas especialidades capacitadas para abordar esta enfermedad y eventualmente realizar una cirugía. Tampoco hay reportes que evalúen costos y beneficios económicos del tratamiento no invasivo frente a la cirugía.

Asimismo, existe una problemática acerca de la evaluación de estos pacientes después de la cirugía y después del tratamiento conservador. Según un estudio de revisión sistemática de 31 artículos publicados en 2023, solo el 83,9% comunicó los resultados de la fuerza motora, el 38,7% informó los resultados sensitivos, el 25,8% reportó dolor; el 12,9%, algún puntaje funcional validado de pie y tobillo, el 9,7% utilizó electrodiagnóstico y el 3,2% dio resultados de estudios por imágenes. En síntesis, se utilizaron 29 medidas distintas para evaluar los resultados.²³

Como bien mencionamos en nuestro protocolo preoperatorio, a todos los pacientes se les solicita un electromiograma como parte del diagnóstico. La sensibilidad y especificidad del estudio suelen ser altas. Cabe destacar, como ya se ha descrito en la bibliografía, que la ausencia de un electromiograma positivo en pacientes sintomáticos severos como los de esta serie suele estar dada por fallas técnicas, teniendo en cuenta que dicho estudio es dependiente del operador, parte de nuestro protocolo incluye que todos se sometan al estudio en nuestro centro y con un mismo equipo de neurólogos con experiencia. Es preciso agregar que la ausencia de compromiso sensitivo evidenciable en un electromiograma no debería ser un factor que limite el alcance de la descompresión precoz. En este grupo de pacientes, se ha demostrado que la cirugía precoz logra mejores resultados que el tratamiento conservador.¹⁹

En 2013, Maalla y cols.¹⁹ afirmaron que, cuando la cirugía se demora más de 12 meses, los resultados clínicos son peores. Algo similar ocurrió con los pacientes que agregaron síntomas sensitivos y la cirugía se retrasó más de 6 meses. También, sostienen que la edad avanzada no debería ser un factor limitante a la hora de indicar una descompresión. En nuestra serie, 2 pacientes tenían 78 años.

Se ha estudiado el uso de la resonancia magnética para evaluar el NPC antes de la cirugía. Si bien la especificidad es alta (>90%), su sensibilidad apenas supera el 50%.²⁴ Se cree que ciertas secuencias más específicas, como la neurografía por resonancia de alta resolución con contraste intravenoso, aportan más y mejor información. Si bien la ausencia de imágenes positivas no detiene la indicación quirúrgica (solo lo encuadra como idiopática), creemos que es importante estudiar a estos pacientes para descartar cuadros secundarios más graves, como lesiones tumorales. Se ha debatido también el rol de estudios complementarios, como la medición de la presión de los compartimentos para descartar otras enfermedades, por ejemplo, los síndromes compartimentales crónicos.¹⁰

Este estudio tiene ciertas limitaciones. En primer lugar, su carácter retrospectivo. En segundo lugar, no tiene un grupo de control. Esto es poco factible debido a la baja cantidad de pacientes y a ciertos aspectos éticos. En tercer lugar, nuestra cantidad de pacientes es baja, pero teniendo en cuenta lo publicado y el enfoque en un grupo muy acotado (compresión severa idiopática), creemos que la serie es acorde a lo poco frecuente y específico de la enfermedad.

CONCLUSIONES

La descompresión precoz del NPC es un procedimiento seguro que debe ser considerado cuando hay una compresión severa idiopática. Es una entidad poco frecuente y los tratamientos conservadores pueden enlentecer la toma de decisiones y comprometer el pronóstico. El cirujano ortopédico formado en nervios periféricos debe comprender esta enfermedad y poder abordarla sin necesidad de derivación. Consideramos que es importante poder establecer un protocolo pre, intra y posoperatorio estandarizado para optimizar los resultados.

Conflicto de intereses: Los autores no declaran conflictos de intereses.

ORCID de V. Barbaglia: <https://orcid.org/0009-0009-3788-6718>

ORCID de F. Holc: <https://orcid.org/0000-0002-1224-3312>

ORCID de P. Bronenberg Victorica: <https://orcid.org/0000-0003-0131-3124>

ORCID de I. Rellán: <https://orcid.org/0000-0003-4045-339X>

ORCID de A. G. Donndorff: <https://orcid.org/0000-0002-6384-4820>

ORCID de G. L. Gallucci: <https://orcid.org/0000-0002-0612-320X>

ORCID de P. De Carli: <https://orcid.org/0000-0002-9474-8129>

ORCID de J. G. Boretto: <https://orcid.org/0000-0001-7701-3852>

BIBLIOGRAFÍA

1. Koiwa K, Oshiba H, Yamazaki H. Common peroneal nerve injury due to an all-inside repair of the posterior horn of lateral meniscus: A case report. *JBJS Case Connect* 2023;13. <https://doi.org/10.2106/JBJS.CC.22.00460>
2. Marciniak C. Fibular (peroneal) neuropathy: electrodiagnostic features and clinical correlates. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2013;24:121-37. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2012.08.016>
3. Fortier LM, Markel M, Thomas BG, Sherman WF, Thomas BH, Kaye AD. An update on peroneal nerve entrapment and neuropathy. *Orthop Rev* 2021;13:24937. <https://doi.org/10.52965/001c.24937>
4. Humphreys DB, Novak CB, Mackinnon SE. Patient outcome after common peroneal nerve decompression. *J Neurosurg* 2007;107:314-8. <https://doi.org/10.3171/JNS-07/08/0314>
5. Fares MY, Dimassi Z, Fares J, Musharrafieh U. Peroneal neuropathy and bariatric surgery: untying the knot. *Int J Neurosci* 2020;130:417-23. <https://doi.org/10.1080/00207454.2019.1694926>
6. Park S-H, Do H-K, Jo G-Y. Compressive peroneal neuropathy by an intraneural ganglion cyst combined with L5 radiculopathy: A case report. *Medicine* 2019;98:e17865. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017865>
7. Jones HR Jr, Felice KJ, Gross PT. Pediatric peroneal mononeuropathy: a clinical and electromyographic study. *Muscle Nerve* 1993;16:1167-73. <https://doi.org/10.1002/mus.880161105>
8. Mackay MJ, Ayres JM, Harmon IP, Tarakemeh A, Brubacher J, Vopat BG. Traumatic peroneal nerve injuries: A systematic review. *JBJS Rev* 2022;10. <https://doi.org/10.2106/JBJS.RVW.20.00256>
9. Souter J, Swong K, McCoyd M, Balasubramanian N, Nielsen M, Prabhu VC. Surgical results of common peroneal nerve neuroplasty at lateral fibular neck. *World Neurosurg* 2018;112:e465-72. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2018.01.061>
10. van Zantvoort APM, Setz MJM, Hoogveen AR, Scheltinga MRM. Common peroneal nerve entrapment in the differential diagnosis of chronic exertional compartment syndrome of the lateral lower leg: A report of 5 cases. *Orthop J Sports Med* 2018;6:2325967118787761. <https://doi.org/10.1177/2325967118787761>
11. Oosterbos C, Decramer T, Rummens S, Weyns F, Dubuisson A, Ceuppens J, et al. Evidence in peroneal nerve entrapment: A scoping review. *Eur J Neurol* 2022;29:665-79. <https://doi.org/10.1111/ene.15145>
12. Broekx S, Weyns F. External neurolysis as a treatment for foot drop secondary to weight loss: a retrospective analysis of 200 cases. *Acta Neurochir* 2018;160:1847-56. <https://doi.org/10.1007/s00701-018-3614-9>
13. Tarabay B, Abdallah Y, Kobaiter-Maarrawi S, Yammine P, Maarrawi J. Outcome and prognosis of microsurgical decompression in idiopathic severe common fibular nerve entrapment: Prospective clinical study. *World Neurosurg* 2019;126:e281-7. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2019.02.042>
14. Medical Research Council (Great Britain). Aids to the examination of the peripheral nervous system [Internet]. 1976. Disponible en: https://books.google.com/books/about/Aids_to_the_Examination_of_the_Periphery.html?hl=&id=5RM10AEACAAJ
15. Seddon HJ. A Classification of nerve injuries. *Br Med J* 1942;2:237-9. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.4260.237>
16. Sunderland S. A classification of peripheral nerve injuries producing loss of function. *Brain* 1951;74:491-516. <https://doi.org/10.1093/brain/74.4.491>
17. Faktorovich S, Filatov A, Rizvi Z. Common compression neuropathies. *Clin Geriatr Med* 2021;37:241-52. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2021.01.011>
18. Fabre T, Piton C, Andre D, Lasseur E, Durandau A. Peroneal nerve entrapment. *J Bone Joint Surg Am* 1998;80:47-53. <https://doi.org/10.2106/00004623-199801000-00009>
19. Maalla R, Youssef M, Ben Lassoued N, Sebai MA, Essadam H. Peroneal nerve entrapment at the fibular head: outcomes of neurolysis. *Orthop Traumatol Surg Res* 2013;99:719-22. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2013.05.004>

20. Burrus MT, Werner BC, Starman JS, Gwathmey FW, Carson EW, Wilder RP, et al. Chronic leg pain in athletes. *Am J Sports Med* 2015;43:1538-47. <https://doi.org/10.1177/0363546514545859>
21. Fakkkel TM, Rinkel WD, Coert JH. Does lower extremity nerve decompression surgery improve quality of life? *Plast Reconstr Surg* 2022;150:1351-60. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000009699>
22. Oosterbos C, Rummens S, Bogaerts K, Hoornaert S, Weyns F, Dubuisson A, et al. Conservative versus surgical treatment of foot drop in peroneal nerve entrapment: rationale and design of a prospective, multi-centre, randomized parallel-group controlled trial. *Trials* 2022;23:1065. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-07009-x>
23. Muhlestein WE, Wilson TJ. Analysis of outcome reporting in common peroneal neuropathy studies: a systematic review of the literature. *Acta Neurochir* 2023;165:2597-604. <https://doi.org/10.1007/s00701-023-05744-x>
24. Tran TMA, Lim BG, Sheehy R, Robertson PL. Magnetic resonance imaging for common peroneal nerve injury in trauma patients: Are routine knee sequences adequate for prediction of outcome? *J Med Imaging Radiat Oncol* 2019;63:54-60. <https://doi.org/10.1111/1754-9485.12840>