

UN SÍNDROME RARO DE ATRAPAMIENTO POPLÍTEO BILATERAL: MANEJO A PROPÓSITO DE UN CASO.

Objetivos

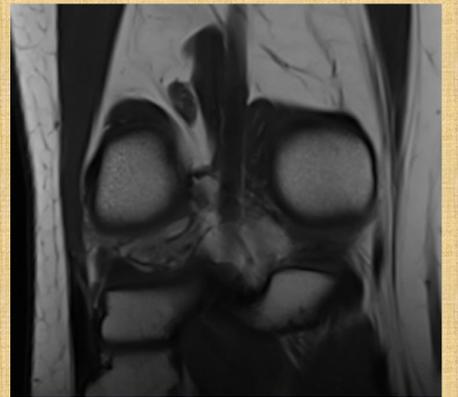
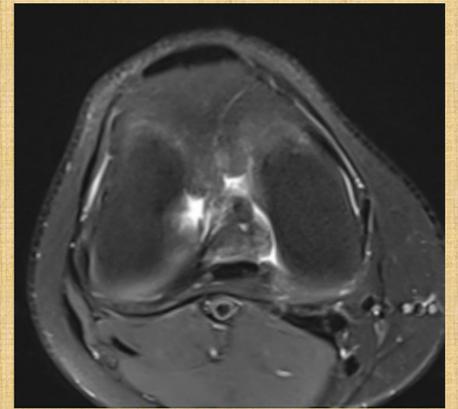
El objetivo de esta publicación es el manejo del síndrome de atrapamiento poplíteo como causa rara de isquemia de extremidades en jóvenes activos que carecen de factores de riesgo vascular que puede ser bilateral en el 30% de los casos.

Arrixaca
Hospital Clínico Universitario
Virgen de la Arrixaca

DOMINGO MAESTRE CANO
CARLOS NAVÍO SERRANO
EVA MARÍA VERA PORRAS
JOSE PABLO PUERTAS GARCIA-SANDOVAL
EDUARDO GÓMEZ GIL

Material y metodología

Mujer 22 años con dolor posterior de pierna izquierda que empeora con el ejercicio. No dolor a la palpación, exploración neuro-vascular normal. Radiografía sin hallazgos, ecografía detecta segmento de arteria poplitea de menor calibre. Resonancia identifica banda muscular aberrante de gemelo interno sobre arteria poplitea. Se diagnostica SAAP de tipo III. Se realiza cirugía con liberación de la arteria con un abordaje posterior. Tras un periodo de rehabilitación de 1 mes y tras un seguimiento de 2 años se encuentra asintomática pudiendo realizar actividad deportiva sin incidencias.



Resultados

Según algunos estudios, la prevalencia en población joven es 0,16%, siendo en extremidades postmortem 3,8 %, lo que significa que el SAAP clínicamente significativo es menos común de lo que son las anomalías anatómicas. El SAAP se clasifica según la posición anatómica de la cabeza medial del gastrocnemio. Si la arteria poplítea se encuentra desplazada medialmente al gemelo interno, la anomalía es tipo I. Si el gemelo interno tiene una fijación lateral al cóndilo femoral medial, y la arteria se encuentra medial al gemelo y está comprimida por él, la anomalía es de tipo II. Cuando la arteria está atrapada entre el gemelo interno y una banda muscular accesoria, estamos ante el tipo III. Si el atrapamiento de la arteria es por el músculo poplíteo es el tipo IV. Si se comprime también la vena poplítea se conoce como tipo V. Un síndrome de atrapamiento funcional, sin evidencia de anatomía anormal, pero con síntomas, es el tipo VI.



Conclusiones

El SAAP afecta a personas jóvenes activas y empeora su calidad de vida. Si se sospecha se debe realizar el diagnóstico con resonancia magnética y angio-RM. Puede ser bilateral. Una vez que se confirma el diagnóstico, considera el tratamiento adecuado. La liberación profiláctica se realiza antes del daño arterial establecido.

C O N G R E S O
SECOT58

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA