

## Dolor en retropié: neuropatía de Baxter, a propósito de un caso



### Hindfoot pain: Baxter neuropathy

Sr. Editor:

A continuación describimos el caso de una mujer de 69 años, sin alergias conocidas, con antecedentes de tabaquismo, que había sido tratada por fascitis plantar secundaria a entesofito calcáneo 4 meses antes por su médico de atención primaria. Es derivada a consulta de reumatología por dolor de características mecánicas en tobillo izquierdo de 2 meses de evolución. No refería traumatismo previo, y no había mejorado con el tratamiento pautado por su médico de atención primaria, inicialmente con AINE y glucocorticoide oral. A la exploración física destacaba dolor en talón y maléolo interno sin tumefacción ni enrojecimiento. No presentaba dolor, tumefacción ni limitación en zona aquilea.

Ante la sospecha de afección no inflamatoria, y con la radiografía donde se aprecia entesofito calcáneo, se solicitó RMN, que mostró una importante atrofia con reemplazamiento graso del músculo abductor del quinto dedo, y múltiples venas dilatadas o varicosidades en la cara interna del pie en el recorrido del nervio calcáneo inferior (fig. 1), compatibles con neuropatía compresiva de Baxter.

El diagnóstico diferencial de la talalgia, tan frecuente en nuestras consultas, comprende un amplio margen de posibilidades diagnósticas y terapéuticas en función del origen de la dolencia. Dentro de las talalgias de origen neural encontramos el síndrome del túnel tarsiano, que, si bien no es una afección muy frecuente, debe ser considerada siempre en el diagnóstico diferencial del paciente con dolor de tobillo<sup>1</sup>. Para comprender este síndrome es necesario el conocimiento de la anatomía<sup>2</sup>. El nervio tibial posterior tiene 3 ramas terminales: el nervio calcáneo medial, el nervio plantar medial y el nervio plantar lateral<sup>1</sup>. De este último sale una rama denominada nervio de Baxter, el cual inerva a los músculos lumbricales, al aductor transversal del *hallux* y al abductor del quinto dedo.

El atrapamiento de la primera rama del nervio plantar lateral, conocida como neuropatía de Baxter, representa hasta el 20% de los casos de dolor persistente en retropié<sup>3</sup>, indistinguible en muchas ocasiones del ocasionado por la fascitis plantar o el entesofito calcáneo<sup>4,5</sup>. El diagnóstico se hace habitualmente mediante hallazgos clínicos, como la presencia de parestesias u hormigueo

por la zona medial del pie o la aparición de dolor en la palpación del recorrido del nervio<sup>6,7</sup>.

Por tanto, una anamnesis detallada y una exploración exhaustiva son esenciales para diferenciar la neuropatía de Baxter de otras afecciones que repercuten en el talón. En cuanto a las pruebas de imagen, la RMN es de elección<sup>8</sup>, y muestra la atrofia aislada del músculo abductor *digiti minimi* como manifestación del atrapamiento crónico del nervio plantar lateral, lo que sugiere el diagnóstico de neuropatía de Baxter.

El atrapamiento puede deberse a trastornos biomecánicos, como el pie cavo o plano, así como a mecanismos de compresión directa, como fascitis plantar, masas y/o osteofitos calcáneos<sup>8</sup>. El tratamiento incluye terapia conservadora o manejo quirúrgico de la causa si el primero no es efectivo.

Los cuadros producidos por atrapamientos de nervios periféricos son frecuentes en nuestras consultas. La neuropatía de Baxter es el atrapamiento de la primera rama del nervio plantar lateral (rama de Baxter), indistinguible en muchas ocasiones del ocasionado por la fascitis plantar, por lo que es importante conocer la anatomía y la clínica de esta afección para su adecuado manejo.

### Bibliografía

- Martín Oliva X, Elgueta-Grilo J, Veliz Ayta P, Oroscio-Villaseñor S, Elgueta-Grilo M, Viladot-Perice R. Variantes anatómicas del nervio calcáneo medial y nervio de Baxter en el túnel del tarso. *Acta Ortop Mex.* 2013;27:38-42.
- Hernández-Díaz C, Saavedra MA, Navarro-Zarza JE, Canoso JJ, Villaseñor-Ovies P, Vargas A, et al. Clinical anatomy of the ankle and foot. *Reumatol Clin.* 2012;8:46-52.
- Millán Arredondo I, Monte González JC, González Nieto J, Moreno Casado MJ. Neuropatía de Baxter: hallazgos en RM y consideraciones etiológicas. *Radiología.* 2014;56:772.
- Erickson SJ, Quinn SF, Kneeland JB, Smith JW, Johnson JE, Carrera GF, et al. MR imaging of the tarsal tunnel and related spaces: Normal and abnormal findings with anatomic correlation. *AJR Am J Roentgenol.* 1990;155:323-8.
- Chundru U, Liebeskind A, Seidelmann F, Fogel J, Franklin P, Beltran J. Plantar fasciitis and calcaneal spur formation are associated with abductor digiti minimi atrophy on MRI of the foot. *Skeletal Radiol.* 2008;37:505-10.
- Oh SJ, Sarala PK, Kuba T, Elmore RS. Tarsal tunnel syndrome: Electrophysiological study. *Ann Neurol.* 1979;5:327-30.
- Kinoshita M, Okuda R, Morikawa J, Jotoku T, Abe M. The dorsiflexion-eversion test for diagnosis of tarsal tunnel syndrome. *J Bone Joint Surg Am.* 2001;83A:1835-9.
- Rodríguez RN, Lopes AA, Torres JM, Mundim MF, Silva LL, Silva BR. Compressive neuropathy of the first branch of the lateral plantar nerve: A study by magnetic resonance imaging. *Radiol Bras.* 2015;48:368-72.

Marina Soledad Moreno García<sup>a,\*</sup>, Pilar S. del Río-Martínez<sup>b</sup>, Nerea Yanguas Barea<sup>c</sup> y Pablo Baltanás Rubio<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Reina Sofía, Tudela, Navarra, España

<sup>b</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

<sup>c</sup> Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Reina Sofía, Tudela, Navarra, España

<sup>d</sup> Servicio de Anestesia y Reanimación, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [marinasoledadmorenogarcia@gmail.com](mailto:marinasoledadmorenogarcia@gmail.com) (M.S. Moreno García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2016.05.002>  
1699-258X/

© 2016 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.



**Figura 1.** RMN secuencia T1: véase atrofia con reemplazamiento graso del músculo abductor del quinto dedo, y múltiples venas dilatadas o varicosidades en la cara interna del pie, en el recorrido del nervio calcáneo inferior, lo que sugiere neuropatía compresiva de Baxter.