

MÚSCULO SÓLEO ACCESORIO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ACCESSORY SOLEUS MUSCLE: A REPORT OF 2 CASES. REVIEW OF LITERATURE

PRESENTACION DE LOS CASOS

Caso 1

Mujer de 43 años que presenta dolor y hematoma en ligamento lateral externo del tobillo izquierdo de inicio brusco tras una caída accidental.

Se practica radiología simple de tobillo izquierdo observándose una ocupación de la grasa pre-aquílea, sin observar fracturas ni otras alteraciones en el marco óseo (Figura 1)

Posteriormente se solicita una RM de tobillo, donde se pone de manifiesto un esguince del ligamento lateral externo con rotura de fibras del ligamento astragalino anterior, junto con una pequeña fractura en maleolo peroneal y una pequeña contusión en calcáneo. Se observa una ocupación de la grasa pre-aquílea con presencia de músculo sóleo accesorio, que se inserta en la parte supero interna del calcáneo (Figura 2).

En este caso, el diagnóstico de músculo sóleo accesorio fue un hallazgo incidental, pues la mujer no refería molestias previas al traumatismo agudo.

Caso 2

Hombre de 31 años que presentaba dolor en ambos tobillos de varios meses de evolución.

La radiografía únicamente mostró una ocupación de la grasa pre-aquílea bilateral (Figura 3), por lo que se solicitó completar el estudio con RM de ambos tobillos. Ésta puso de manifiesto la existencia de músculo sóleo accesorio bilateral, situado entre el tendón de Aquiles y el flexor largo del primer dedo, que se insertaba en



Montse Monzón
Jesús Ares
Ana Roma
Belén Úbeda
Ramón Rotger
Ángel Palacio

Departamento de Diagnóstico por la imagen.
Institut Universitari Dexeus-USP

Figura 1.- Radiografía simple lateral de tobillo izquierdo donde se observa una ocupación de la grasa pre-aquílea por una masa de partes blandas

CORRESPONDENCIA:

Dra. Montserrat Monzón Gaspá. Institut Universitari Dexeus-USP. Paseo Bonanova 67, Planta 2º. 08017 Barcelona. Tel. 932 274 777 - 932 274 784. Fax 93 418 57 83. E-mail: 33829mmg@comb.es

Aceptado: 14-05-2003

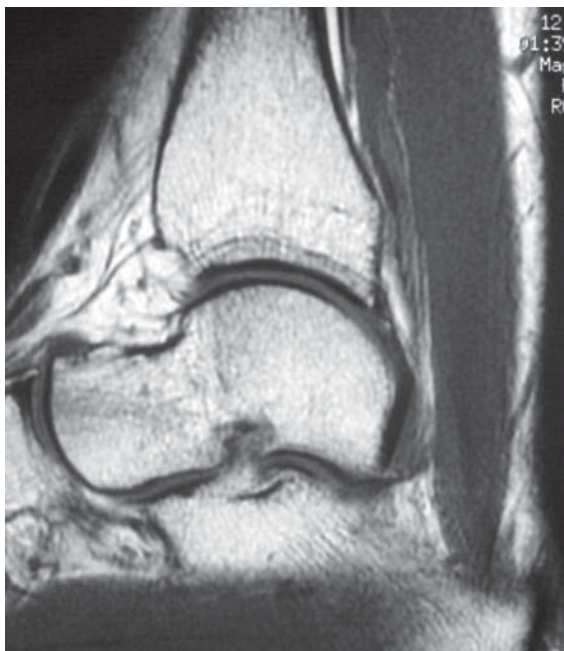


Figura 2.-
T1 sagital de tobillo
que muestra la
inserción del músculo
sóleo accesorio en la
porción
superointerna del
calcáneo

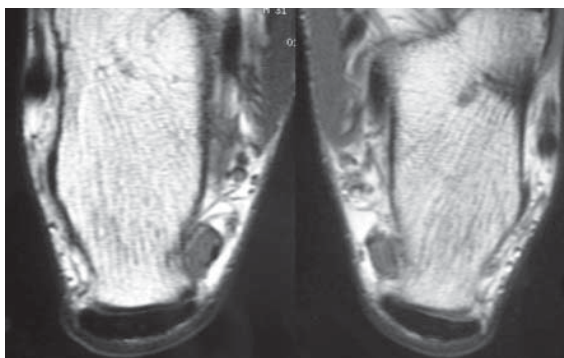


Figura 3.-
Corte T1 axial
bilateral que pone de
manifiesto la
inserción del músculo
sóleo accesorio en la
parte interna del
calcáneo

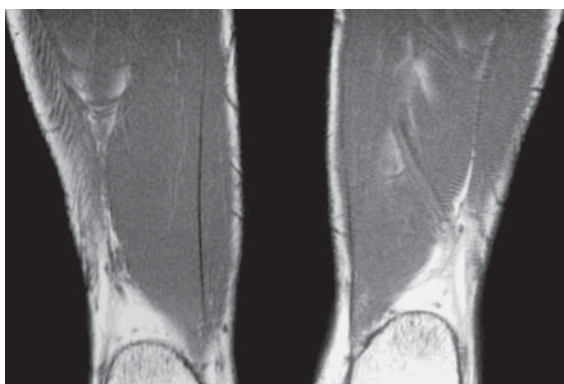


Figura 4.-
Imagen T1 coronal
bilateral donde se
observa una masa
muscular
extendiéndose hasta
la parte
superomedial del
calcáneo

la parte súper interna del calcáneo. El paquete vasculo nervioso quedaba situado anteriormente a dicho músculo (Figura 4). El resto del estudio fue anodino.

En este caso se etiquetó como causa del dolor al músculo sóleo accesorio y se reinterrogó al paciente, confirmando que el dolor le aparecía durante la realización de ejercicio físico.

En ambos casos no se realizó ningún tratamiento agresivo. Únicamente se recomendó en el caso 2 tratamiento sintomático y en caso de no ceder, se practicaría una excisión del músculo accesorio.

DISCUSIÓN

El músculo sóleo accesorio es una anomalía congénita, típicamente unilateral, aunque puede ser bilateral, y que suele manifestarse entre la segunda y la tercera década de la vida debido a la hipertrofia muscular en relación con la actividad física del individuo. La incidencia en estudio de autopsias es del 0,7-5,5%, siendo la proporción hombres: mujeres de 2:1¹.

El músculo sóleo tiene su origen en un único rudimento embriológico y el desdoblamiento precoz de éste durante el desarrollo es el responsable, la mayoría de veces, de la musculatura supernumeraria. El músculo sóleo anómalo suele tener su propia fascia y estar completamente separado del músculo sóleo ordinario. Recibe el aporte sanguíneo de la arteria tibial posterior. Estudios electromiográficos han demostrado que el nervio tibial posterior inerva ambos músculos².

La mayoría de las veces es asintomático. Cuando da clínica suele manifestarse en forma de dolor durante el ejercicio, siendo muchos casos tratados al inicio como una peritendinitis. Se han descrito tres mecanismos causantes de la sintomatología: un síndrome compartimental causado por el aumento del tamaño del músculo accesorio durante el ejercicio; en forma de neuropatía causada por compresión del nervio tibial posterior y como resultado de un síndrome de claudicación por la proximidad de la arteria tibial posterior^{2,3}.

Proximalmente suele insertarse en la parte distal y posterior de la tibia. Otras inserciones

proximales han sido descritas en la fascia profunda del músculo sóleo ordinario o en la fascia del tendón flexor común de los dedos. Distalmente, la inserción es muy variable, habiendo sido descritos cinco tipos de inserción. La mayoría de las veces se inserta en la cara medial del calcáneo, anterior al tendón de Aquiles y separado del mismo. A veces se inserta en el propio tendón de Aquiles o en la cara superior del calcáneo, directamente el vientre muscular o bien con un tendón, habiendo sido descritas también inserciones con un tendón doble que se inserta a ambos lados del calcáneo⁴. Los estudios radiológicos incluyen la radiología simple lateral de tobillo, donde se puede observar una obliteración de la grasa del triángulo de Kager; la ecografía, que pone de manifiesto una estructura isoecoica con el músculo normal en la parte posterior del tobillo, y por último, la RM, que por su capacidad multiplanar y su definición anatómica, es la más específica de todas, en la que las secuencias sagitales y axiales representan con claridad la anatomía regional y precisan los sitios de origen e inserción del músculo sóleo accesorio, mostrando una intensidad de señal en secuencias T1 y T2 idéntica a la del músculo sano. La TC es menos eficaz dada la menor sensibilidad para caracterizar las lesiones de partes blandas^{5,6}.

El diagnóstico diferencial de una masa en el ángulo posterointerno del tobillo debe realizarse con: ganglión, lipoma, hemangioma, hematoma encapsulado, sinovioma y sarcomas¹.

En la región posterior del tobillo se han descrito cinco tipos de músculos accesorios: el músculo sóleo accesorio, músculo tibioalcáneo in-

terno, músculo peroneocalcáneo interno, músculo accesorio flexor largo digital y músculo peroneo quartus⁷.

La mayoría de pacientes son asintomáticos y no requieren tratamiento. Sólo aquellos pacientes que refieren un síndrome compartimental son candidatos a la realización de una fasciotomía, o en el caso de tener síntomas de claudicación o de compresión nerviosa se necesitará una excisión completa del músculo. Los pacientes suelen evolucionar favorablemente después de la cirugía permaneciendo asintomáticos.

RESUMEN

El músculo sóleo accesorio es una variante anatómica poco frecuente que puede simular una masa de partes blandas en la parte posterointerna del tobillo, por lo que debe incluirse dentro del diagnóstico diferencial de lesiones a este nivel.

La mayoría de los pacientes suelen estar asintomáticos. No obstante, puede ser causa de dolor durante el ejercicio y, en algunos casos, la molestia puede requerir la escisión quirúrgica.

Presentamos dos casos de músculo sóleo accesorio, uno de ellos bilateral, que fueron estudiados mediante radiología convencional y resonancia magnética (RM).

Realizamos una revisión bibliográfica de esta entidad.

Palabras clave: Músculo sóleo accesorio. Resonancia magnética (RM).

B I B L I O G R A F I A

1. **Brodie J, Dormans J, Gregg J, Davidson R.** Accesory soleus muscle. *Clin Orthop* 1997;337:180-6.
2. **Su J, Resnick D.** MR imaging of the accesory soleus muscle appearance in six patients and a review of the literature. *Skeletal Radiol* 1994;23:525-8.
3. **Assoun J, Railhac J, Richardi G, Fajadet P, Fourcade D, Sans N.** Anatomical image. *J Comput Assist Tomogr* 1995;2:333-5
4. **John M, Borrelli A.** Asymptomatic accesory soleus muscle. *J Foot Ankle Surg* 1999;38(2):150-3.
5. **Assoun J, Railhac J, Richardi G, Fajadet P, Fourcade D, Sans N.** CT and MR of accesory soleus muscle. *J Comput Assist Tomogr* 1995;19(2):333-5.
6. **Yu JS, Resnick D.** MR inmaging of the accesory soleus muscle appearance in six patients and a review of the literature. *Skeletal Radiol* 1994;23(7):525-8.
7. **Mellado J, Sadka Z, Beltran J, Colon E.** The peroneocalca-neus internus muscle: MR Imaging features. *AJR* 1997; 169:585-8.