



Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



469/9 - CERVICOBRAQUIALGIA IZQUIERDA

E. Quiroz Flores¹, M. Artero Carrillo², D. Santana Castillo³, F. Balduvino Gallo¹, E. Escalona Canal⁴, N. Gallo Salazar¹, F. Espinoza Cuba⁵, L. González Freire²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coto Lino. Castro Urdiales. Cantabria.

²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Cantabria. ³Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Laredo. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Laredo. Cantabria. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Laredo. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Acudió a nuestra consulta, una mujer 48 años refiriendo dolor a nivel cervical y omalgia izquierda de 24 horas de evolución. Comentó que, estando detenida en un paso de peatones recibió un golpe por detrás de una bicicleta que fue de poco alcance con movimientos de flexo-extensión, sin llegar a caer al suelo, desde entonces persistió el dolor tanto en reposo como con los movimientos. En tratamiento actual con ibuprofeno sin mejoría. A la exploración física presento dolor a la palpación apófisis espinosas primeras cervicales, con limitación a los movimientos flexoextensión y rotación cervical. Como antecedentes médicos más relevantes presento: enfermedad de Ehlers Danlos diagnosticado en 1992, Prolapso leve de la válvula mitral, sin tratamiento crónico. Dados los antecedentes médicos decidimos derivar a nuestra paciente a urgencias para valoración.

Exploración y pruebas complementarias: En urgencias fue valorada por servicio de traumatología, destacaba molestias a la palpación de apófisis espinosas transversas cervicales, contractura trapezoidal, dolor a la flexión, rotación y lateralización del cuello, pero no limitación del movimiento. Miembros Superiores: pulsos presentes, fuerza conservada, elevación del hombro a 180 grados, rotación interna y externa conservada. Radiografía de columna cervical: rectificación leve de la lordosis, no hay asimetría entre el atlas y las odontoides, no acúñamiento, no pinzamiento. Radiografía hombro izquierdo: no alteraciones óseas. TAC columna cervical (sin contraste) Imagen 1-2: discreta luxación rotatoria C1-C2, incipientes cambios degenerativos anteriores C1-C2, no datos de fractura.

Juicio clínico: Subluxación rotatoria de C1-C2.

Diagnóstico diferencial: Lesión plexo braquial. Contractura cervical.

Comentario final: El síndrome de Grisel es una entidad clínica poco frecuente, se trata de una subluxación C1-C2 no traumática cuya etiopatogenia no está bien establecida podría asociarse a alteraciones congénitas, traumáticas, inflamatorias, alguna cirugía de cabeza y cuello, etc. El diagnóstico suele ser clínico, pero siempre necesita confirmación con una prueba de imagen, el

tratamiento se basará en inmovilización, analgesia, fisioterapia y descartar complicaciones asociadas. Desde primaria lo importante es realizar una cuidadosa anamnesis y exploración física reglada, siempre apoyándonos en las pruebas complementarias para descartar complicaciones asociadas. Nuestra paciente fue valorada por servicio de neurocirugía que descarto complicaciones agudas asociadas, continua con controles periódicos en dicho servicio.

Bibliografía

Watanabe M, Sakai D, Yamamoto Y, Sato M, Mochida J. Upper cervical spine injuries: age-specific clinical features. J Orthop Sci. 2010;15(4):485.

Natella L, et al. A Case Series Study of Odontoid Fracture in the Elderly: A Severe Fracture Occurring Most Frequently in Osteoporotic Subjects. JBMR Plus. 2019;3(4).