



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

212/1524 - Pérdida paulatina de fuerza en la mano derecha

M. Baliña Ben^a, G. Candela Ganoza^b e I. Tejero García^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pintores. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

^bMédico Internista. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud M^a Ángeles López Gómez. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 64 años alérgica a penicilinas y metamizol, hipertensa. Tres embarazos a término. Acude en marzo de 2016 al Hospital por presentar desde hace cinco días dolor y pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho, mano agarrotada e incapacidad para agarrar objetos y subir escaleras. No disartria ni otra focalidad neurológica, siendo interpretado el cuadro como ictus isquémico lacunar izquierdo. La paciente acude a los ocho días a su MAP por persistencia de dolor en MSD que nota muy frío, y progresivo empeoramiento de fuerza en mano derecha, acompañado de parestesias en región tibial de MII. Se solicita valoración por Medicina Interna. Ante resultados de RMN cerebral que descarte enfermedad desmielinizante se solicita RMN cervical.

Exploración y pruebas complementarias: Funciones superiores conservadas. No disartria. Pares craneales normales. Campimetría por confrontación normal. Movimientos oculares sin paresias. Claudica en MSD en Barré y presenta paresia clara distal. Contractura en flexión de dedos de la mano derecha. Sensibilidad tactoalgésica conservada. RCP flexor bilateral. No dismetría ni disdiadococinesia. Marcha con arrastre de pie derecho. Resto exploración normal. Analítica: proteínas totales 6,4 g/dl. VSG 29 mm/hora. Resto parámetros normales. Serología VIH/lúes negativa. Rx tórax: sin hallazgos significativos. Ecodoppler MSD: se explora vena yugular, vena subclavia, vena axilar, vena humeral de miembro superior derecho sin signos de trombosis. RMN cerebral: signos de atrofia cerebral y lesiones de sustancia blanca de probable origen vascular por hipoperfusión crónica. RMN cervical: hernia discal extruida derecha en el nivel C6-C7 que provoca importante reducción de calibre del canal raquídeo y compresión del cordón de la hemimédula derecha.

Juicio clínico: Hernia discal C6-C7 con mielopatía compresiva.

Diagnóstico diferencial: Vasculares: infarto medular/ACV, malformación vascular. Desmielinizantes: mielitis transversa, sd Guillain Barré. Degenerativas: mielopatía cervical, degeneración combinada subaguda, esclerosis lateral amiotrófica. Neoplasias: tumor intramedular, metástasis. Infeccioso: mielitis viral, absceso epidural, VIH. Otros: siringomielia.

Comentario final: En esta paciente ha sido fundamental la valoración desde AP del empeoramiento progresivo de la clínica, que ha permitido diagnosticar la patología de base.

Bibliografía

1. Kaplin AI, Krishnan C, Deshpande DM, et al. Diagnosis and management of acute myelopathies. *Neurologist*. 2005;11:2.
2. Baron EM, Young WF. Cervical spondylotic myelopathy: a brief review of its pathophysiology, clinical course, and diagnosis. *Neurosurgery*. 2007;60:S35.

Palabras clave: *Debilidad. Hernia discal. Mielopatía compresiva.*