



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



242/2519 - ME DUELE EL HOMBRO AL BAILAR

S. de la Fuente Ballesteros^a, M. Hernández Carrasco^b, I. García Álvarez^a, M. Cano Pazos^c, A. Hidalgo Benito^a y S. López Hernández^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Cuéllar. Segovia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 23 años, sin alergias medicamentosas, estudiante, deportista (baila zumba), sin otros antecedentes personales. Acude por dorsalgia crónica agudizada irradiada a hombro izquierdo de 15 días sin mejoría con antiinflamatorios ni reposo, sin antecedente traumático o levantamiento de peso. Refiere desde hace 5 años dorsalgia irradiada a hombro izquierdo tras lesión haciendo danza que se repite, tras periodos asintomáticos, sin hacer esfuerzos a lo que añade también pesadez en ambas extremidades inferiores. Aporta electromiograma de 2012 con neuropatía parcial motora y moderada del torácico largo y leve del nervio espinal izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física. Columna dorsal: no apodisalgia, leve molestia a la palpación de musculatura paravertebral izquierda. Hombro izquierdo: no dolor a la palpación de relieves óseos, contractura de trapecio, limitación activa para la abducción y flexión, fuerza de abducción 4+/5, bíceps 3+/5, reflejos exaltados. Extremidad inferior izquierda: déficit de flexión dorsal de tobillo, fuerza global 4+/5, reflejo cutáneo plantar indiferente bilateral, reflejos aumentados. Pares craneales normales con dificultad para marcha en talones y tándem. Ecografía de hombro izquierdo normal. Radiografía de columna dorsal con rectificación. Interconsulta a rehabilitación: se solicita resonancia magnética de región cérvico-dorsal (lesión expansiva intramedular desde unión bulbo-medular hasta D1-D2). Se deriva a neurocirugía que realiza laminectomía cervical C1-C2 y resección parcial de la tumoración siendo en las pruebas anatomopatológicas un astrocitoma pilocítico.

Juicio clínico: Hemiparesia espástica izquierda secundaria a astrocitoma pilocítico bulbo-medular.

Diagnóstico diferencial: Hombro doloroso, contractura de trapecio, ictus, tumor cerebral.

Comentario final: Los astrocitomas son neoplasias intracraneales primarias muy frecuentes. Los astrocitomas pilocíticos se consideran gliomas de muy bajo grado y lento crecimiento. Es el tumor encefálico más frecuente en niños y adultos jóvenes localizándose fundamentalmente en fosa posterior y vía óptica y más raramente en hemisferios y médula. El 95% son esporádicos. Entre sus manifestaciones clínicas destacan: convulsiones, cefalea, síndrome cerebeloso y signos de lateralización (hemiparesia, afasia, defectos del campo visual). Se diagnostica mediante resonancia magnética al observar lesiones circunscritas, sólido-quísticas con realce poscontraste. El tratamiento

incluye cirugía y, en ocasiones, radioterapia y quimioterapia.

Bibliografía

1. Deangelis LM. Tumores del sistema nervioso central. En: Goldman-Cecil. Tratado de Medicina Interna, 25ª ed. Elsevier; 2017. p. 1287-97.

Palabras clave: Dorsalgia. Hombro doloroso. Astrocitoma.