



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/191 - PARESIA BRAQUIAL 2º A HERPES ZOSTER (VHZ)

S. Robado Villarroel^a y J. Romero Perera^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. ^bFEA Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 61 años sin antecedentes de interés que acude a consulta de su médico de familia por dolor intenso en hombro derecho, irradiado por la cara lateral del brazo, y cara anterior del antebrazo, seguido, de aparición de vesículas pruriginosas en el mismo recorrido. No otra clínica añadida. Se diagnostica entonces de herpes zóster en los dermatomas C5 y C6, pautándole valaciclovir 1.000 mg 3 veces al día durante 7 días. Se revisa a los 10 días presentando limitación para los movimientos activos de abducción y flexión anterior del hombro derecho y la presencia de fasciculaciones. Motivo por el que se deriva a Medicina Física y Rehabilitación además de añadir gabapentina 400 mg/8h y solicitar ENG. En consultas de Rehabilitación se confirma la sospecha clínica, a la espera de pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias: Signos leves de atrofia en el deltoides junto con un BM deltoides derecho 3+/5, lesiones dermatológicas en resolución. Analítica: sin alteraciones de interés. ENG-EMG: se observan datos sugerentes de lesión axonal leve, a nivel de C5 derecha, con discretos signos de lesión axonal activa en fibras destinadas al músculo deltoides.

Orientación diagnóstica: Paresia braquial derecha por VHZ.

Diagnóstico diferencial: Teniendo en cuenta el inicio brusco de la clínica neurológica se podría pensar en una enfermedad cerebrovascular o inflamatoria central (EM). Por el síndrome de segunda motoneurona se podría tratar de un síndrome de Parsonaje-Turner, otras radiculopatía/neuropatías tóxicas, inflamatorias o isquémicas aunque no concuerdan con los antecedentes, ni con la evolución ni las lesiones dermatológicas asociadas.

Comentario final: La recuperación completa o casi completa de la función muscular en 2/3 de los casos en 3-24 meses. El tratamiento es antivíricos, analgesia y un programa de fortalecimiento y movilidad específico. Una buena y rápida coordinación favorece la correcta evolución del cuadro.

Bibliografía

1. Bilal S, Iqbal M, O'Moore B, et al. Monoparesis secondary to herpes zoster. Ir J Med Sci. 2011;180:603-4.
2. Merchut MP, Gruener G. Segmental zoster paresis of limbs. Electromyogr Clin Neurophysiol. 1996;36:369-75.
3. Yolori O, Olmez N, Oztura I, et al. Segmental zoster paresis of the upper extremity: a case report. Arch Phys Med Rehabil. 2005;86:1492-4.

Palabras clave: Paresia. Herpes zoster.