

347/4183 - PARÁLISIS DEL SÁBADO NOCHE

T. Delgado Santillana^a, R. Mediavilla Martín^b, S. de la Fuente Ballesteros^c y S. Molano Ruiz^a

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Comuneros. Burgos. ^bMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Comuneros. Burgos. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 85 años que acude a Urgencias de Atención Primaria a las 4 am por dolor y dificultad para la movilidad de la mano izquierda que le han despertado de madrugada hace 20 minutos. Como antecedentes personales destacan: hipertensión arterial, diabetes mellitus (DM) tipo 2, exfumador de 60 paquetes-año, fibrilación auricular anticoagulado con sintrom, obesidad mórbida y síndrome de la apnea-hipoapnea del sueño. Tratamiento habitual para las enfermedades crónicas previamente mencionadas. Ha tomado paracetamol 1 g para control analgésico sin efecto aparente. En la anamnesis no refiere alteración visual, del lenguaje u otra alteración motora o sensitiva.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes vitales dentro de la normalidad. Exploración física por aparatos estrictamente normal, sólo destacaba la imposibilidad para la extensión de la muñeca y los dedos de la extremidad superior izquierda. Tampoco podía realizar movimientos supinadores. Hiporreflexia generalizada ya conocida. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria, no presentaba signos de deterioro cognitivo. La analítica no mostró ninguna alteración relevante: creatinina 1,26 y coagulación 2,5.

Orientación diagnóstica: Neuropatía radial izquierda.

Diagnóstico diferencial: Accidente cerebrovascular (ACV).

Comentario final: En primer lugar, se descartó un posible origen isquémico agudo del cuadro. La anamnesis y la exploración fueron suficientes. A continuación, se interrogó al paciente sobre su posición habitual para dormir en la cama, a lo que nos contestó que dormía en decúbito lateral izquierdo. Este dato, junto con la exploración física y los antecedentes de DM, nos hacen sospechar un probable origen neuropático. Las neuropatías focales están asociadas a la DM y se dividen en: neuropatías por atrapamiento (de inicio gradual, progresión lenta, persistiendo sin intervención) y mononeuropatías (de inicio agudo, autolimitadas y con el dolor como síntoma predominante). En nuestro caso clínico se entremezclan signos y síntomas de ambas entidades, por lo que se precisa del pilar básico diagnóstico de las neuropatías focales, la electroneurografía: nos orienta sobre su etiología, gravedad y posibles radiculopatías superpuestas. El tratamiento inicial es la rehabilitación y analgesia, pudiendo requerir intervención quirúrgica.

Bibliografía

1. Rota E, et al. Entrapment neuropathies in diabetes mellitus. World J Diabetes. 2016;7(17):342-53.
2. Montemayor Galán MG, et al. Neuropatías por atrapamiento. FMC. 2008;15:10-20.

Palabras clave: Parálisis. Neuropatía diabética. Accidente cerebrovascular.