

424/84 - SÍNDROME KILOH-NEVIN SECUNDARIO A TALCAJE EN NEUMOTÓRAX DE REPETICIÓN

C. Ferrando López¹, V. Miguel Fernández¹, L. Parrilla López¹ y G. Pacheco Navas²

¹Médico de Familia. CAP Josep Bertrani i Miret de Sant Pere de Ribes. Barcelona. ²Médico de Familia. Penedés Rural. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 35 años con antecedente de neumotórax de repetición que, en el tercer episodio se le programa pleurodesis con talaje. En un control de baja por el neumotórax, a los dos meses aproximadamente, refiere que no puede realizar el signo “OK” con los dedos pulgar e índice de la mano derecha.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración se observa debilidad en la flexión de interfalángica distal (IFD) dedo I (proximal normal) con leve paresia IFD dedo II. Signo de “OK” alterado en mano derecha. Resto de la musculatura de la eminencia tenar e hipotenar preservado. ROTs presentes y simétricos. No alteración sensitiva. Se practica Rx cervical con rectificación lordosis fisiológica y electromiografía sensitiva nervio mediano, cubital y radial ESD normal. Electroneurografía motora nervio mediano derecho con estimulación proximal hasta en punto erb normal sin bloqueos de la conducción ni enlentecimiento de la velocidad de conducción. EMG de aguja en los músculos explorados que muestra signos de denervación activa en flexor profundo dedos II-III y flexor largo pulgar, resto de musculatura normal. No se realiza estudio miotomas C6-C7 por EMG previo normal. Examen sugestivo de afectación nervio interóseo anterior derecho.

Orientación diagnóstica: Síndrome Kiloh-Nevin.

Diagnóstico diferencial: Síndrome del túnel carpiano, síndrome de Kiloh-Nevin.

Comentario final: El nervio interóseo anterior es la rama motora del nervio mediano. El síndrome de Kiloh-Nevin es una neuropatía motora infrecuente (1% de las neuropatías del nervio mediano), que debemos sospechar en todo paciente con imposibilidad para realizar el signo de “OK”. El EMG y la RMN permiten confirmar el diagnóstico y descartar lesiones compresivas. En nuestro paciente el síndrome fue debido a la postura forzada en elevación y flexión codo derecho durante el talaje. Realizó rehabilitación y fue recuperando espontáneamente la fuerza hasta remitir totalmente.

Bibliografía

1. Kiloh LG, Nevin S. Isolated neuritis of the anterior interosseous nerve. BMJ. 1952;1:850-1.
2. Riveros A, Olave E, Sousa-Rodrigues C. Nervio interóseo anterior: Trayecto, distribución e implicancias clínicas. Int J. Morphol. 2018;36(3):1079-86.

Palabras clave: Pneumotórax. Talaje. Pulgar.