

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

424/921 - ¿UN HOMBRO DOLOROSO?

M. Hernández Núñez¹, L. Gibert Hernández², G. Cando Guasch³ y A. Alcalde Sesma⁴

¹Médico de Familia. CAP Montblanc. Tarragona. ²Médico Residente de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ³Médico de Familia. CAP Vilarrodona. Tarragona. ⁴Médico de Familia. CAP Jaume Primer. Tarragona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 48 años; Antecedentes: fumador de 1 paquete/día. Acude por presentar dolor a la movilización de hombro izquierdo progresivo desde hace 10 días, a raíz de un “mal gesto” cogiendo pesos en el trabajo. En exploración: espinopresión negativa a todos los niveles, contractura paravertebral cervical izquierda. No focalidad neurológica. Se instaura analgesia y relajante muscular mejorando el cuadro sin remitir. Quince días después persiste dolor, iniciando dificultad a elevación de la extremidad, abducción y rotación externa, con dolor en cabeza humeral. Se orienta como “capsulitis adhesiva” incipiente y se solicita eco, Rx y derivación a Traumatología. Un mes después presenta alteración motora en extremidad superior izquierda con bloqueo del hombro y disminución de la fuerza en extremidad inferior a la que se añade oliguria y globo vesical que requiere sondaje. Con la sospecha de síndrome medular progresivo cervical, se remite a neurocirugía y hospital de primer nivel, donde tras diagnóstico definitivo se realiza laminectomía descompresiva y biopsia. Actualmente padece una tetraplejia.

Exploración y pruebas complementarias: Rx sin lesiones. Eco hombro = rotura parcial del supraespinal y tenosinovitis del tendón largo del bíceps. TAC craneal normal. TAC cervical = Signos de cervicartrosis C6-C7 con uncartrosis y discreta osteofitosis anterior y posterior sin afectación de los forámenes de conjunción. RMN cervical = proceso expansivo intrarraquídeo de C2 a C5 compatible con astrocitoma medular, confirmado con anatomía patológica.

Orientación diagnóstica: Inicialmente hombro doloroso. Finalmente: neoplasia maligna de médula espinal, astrocitoma anaplásico.

Diagnóstico diferencial: Síndrome cervicobraquial, tendinitis supraespinal, ruptura supraespinal, tumor medular, tumor cerebral.

Comentario final: Habitualmente es la evolución del paciente la que nos indica la pauta a seguir y las sucesivas pruebas diagnósticas a practicar. Ante un cuadro con evolución tórpida hay que hacer un estudio exhaustivo para llegar al diagnóstico definitivo de enfermedades infrecuentes.

Bibliografía

- Khalid S, Kelly R, Carlton A, Wu R, Peta A, Melville P, et al. Adult intradural intramedullary astrocytomas: a multicenter analysis. J Spine Surg. 2019;5(1):19-30.

-
2. Abd-El-Barr MM, Huang KT, Chi JH. Infiltrating spinal cord astrocytomas: Epidemiology, diagnosis, treatments and future directions. *J Clin Neurosci*. 2016;29:15-20.

Palabras clave: Médula espinal. Astrocitoma anaplásico.