



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

482/93 - ESA MANO NO ES MÍA

A. Villaplana Soto¹, M. Sáenz Aldea², P. Fierro Andrés³ y D. Castanedo Vázquez⁴

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro. Santander. Cantabria. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo. Santander. Cantabria. ⁴Residente de Radiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Acudió al Centro de Salud un varón de 60 años, sin ningún antecedente ni tratamiento previo, por parestesias en extremidad inferior izquierda (EII) de minutos de duración, y en extremidad superior izquierda (ESI) una hora después. A su llegada al centro presentaba movimientos involuntarios en ESI y aparición de disartria, por lo que se deriva a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 144/93 mmHg, FC: 81 lpm, SatO2; 98%. Auscultación cardíaca rítmica sin soplos, carótidas rítmicas sin soplos, pulsos periféricos presentes. Neurológica: Consciente y orientado, disartria leve sin elementos disfásicos, sin afectación de pares craneales ni oftalmoparesias, hemianopsia homónima izquierda, claudicación sensitiva y movimientos involuntarios no estereotipados en ESI, hemianestesia izquierda (facio-braquio-crural). Electrocardiograma: ritmo sinusal a 80 lpm, QRS estrecho sin alteraciones de la repolarización. TAC craneal: Ictus isquémico hiperagudo en territorio de arteria cerebral media derecha secundario a oclusión de carótida interna derecha por disección, con afectación isquémica de convexidad parietal derecha. Se realizó trombectomía mecánica + angioplastia con *stent* carotídeo y se repite nueva prueba de imagen: TAC control (a las 24 y 48 horas posteriores): Hemorragia subaracnoidea en cisura de Silvio derecha, infarto lacunar en cabeza de núcleo caudado derecho e infarto isquémico establecido en arteria cerebral media derecha.

Orientación diagnóstica: Ictus isquémico carotídeo derecho de origen inhabitual. Disección carotídea derecha sintomática.

Diagnóstico diferencial: Síndrome hemimotor puro (capsula interna contralateral), síndrome hemisensitivo puro (tálamo contralateral), síndrome sensitivo-motor, disartria mano torpe (cápsula interna o base pontina contralateral).

Comentario final: El síndrome de la mano ajena (SMA) es un trastorno neurológico poco frecuente, pero importante, debido al impacto por incapacidad que produce en la vida diaria. Es considerado un síndrome de desconexión interhemisférica resultado de lesiones en el área motora suplementaria, cuerpo calloso, córtex frontomedial, frontal, parietal posterior o tálamo. Desde atención primaria es importante saber identificar pequeños déficits neurológicos que, aunque no son muy frecuentes, si son muy relevantes para la vida del paciente, que suponen una urgencia vital y que van a requerir rehabilitación y alto seguimiento por parte de atención primaria.

Bibliografía

1. Hidalgo-Borrajo R, Belaunzaran-Mendizábal J, Hernández-Goñi P, Tirapu-Ustároz J, Luna-Lario P. Síndrome de la mano ajena: revisión de la bibliografía. Rev Neur. 2009;48(10):534-53.
2. Schaefer M, Heinze HJ, Galazky I. Alien hand syndrome: neural correlates of movements without conscious will. PLoS One. 2010;5(12):e15010.

Palabras clave: Síndrome de la mano ajena. Córtez frontomedial. Arteria cerebral media.