



medicina general y de familia

edición digital

www.elsevier.es/mgyf



Clínica cotidiana

Contractura del trapecio y pérdida de fuerza en una mujer joven

Eduardo Esteban-Zubero^{a,*}, Jara Gayán-Ordás^b, Ana Suller-Martí^c
y Francisco José Ruiz-Ruiz^d

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Sector Zaragoza III, Zaragoza, España

^b Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^c Servicio de Neurología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^d Servicio de Urgencias, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de agosto de 2015

Aceptado el 21 de noviembre de 2015

On-line el 7 de enero de 2016

Palabras clave:

Hipertensión arterial

Ictus lacunar

Tabaco

Contractura del trapecio

Síndrome de Apnea-hipopnea del sueño

R E S U M E N

La afección osteomuscular es frecuente en las consultas de atención primaria, pero no siempre tiene un origen banal. Según la sintomatología y las comorbilidades del paciente, estos cuadros han de hacernos pensar que se pueda tratar de un síntoma guía de una enfermedad más grave.

Por ello presentamos el caso de una mujer joven con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, tabaquismo, obesidad y síndrome de apnea-hipopnea del sueño), con dolor en el trapecio izquierdo y clínica de alteración motora y sensitiva en la extremidad superior izquierda. Estas comorbilidades tienen en común su relación con la enfermedad cerebrovascular, por lo que, dada la clínica añadida a la únicamente osteomuscular, hay que sospechar esta causa, como ocurrió en este caso.

© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Trapezius contracture and strength loss in a young women

A B S T R A C T

Musculoskeletal disease is common in Primary Care, and is not always of trivial origin. According to the symptoms and comorbidities of the patient, these diseases must lead us to think if they be guiding symptoms of a more severe pathology.

To highlight this, the case is presented of a young woman with cardiovascular risk factors (hypertension, smoking, obesity, and sleep apnoea-hypopnoea syndrome) with pain in

Keywords:

High blood pressure

Lacunar stroke

Smoking

Trapezius contracture

Sleep apnea-hypopnea syndrome

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eezubero@gmail.com (E. Esteban-Zubero).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2015.11.006>

1889-5433/© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

left trapezius and motor and sensory clinical changes in left upper extremity. These comorbidities have in common their relationship with cerebrovascular disease; thus, given the concomitant clinical musculoskeletal symptoms, this cause should be suspected, as in this case.

© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Presentamos el caso de una mujer de 45 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, obesidad, síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) y fumadora de un paquete/día. Está en tratamiento con bisoprolol (2,5 mg), candesartán (32 mg) y furosemida (40 mg). Acude a la consulta de su médico de atención primaria por un cuadro de 2 días de evolución de dolor escapular y cervical izquierdo con pérdida de fuerza y sensación de acorchamiento en el brazo izquierdo, así como mal control de su tensión arterial en el domicilio: se llegan a objetivar valores de hasta 210/90 mmHg.

Durante la exploración física en la consulta se objetivan valores de tensión arterial de 180/87 mmHg. La auscultación cardíaca es rítmica, a 78 lpm, y la exploración pulmonar y abdominal no presenta alteraciones relevantes de interés. Cabe destacar la apreciación de contractura bilateral dolorosa de ambos trapecios con predominio izquierdo.

En la exploración neurológica, la sensibilidad, los pares craneales y la campimetría son normales. Los reflejos osteotendinosos están presentes y son simétricos. En la exploración de la fuerza se objetiva un valor de fuerza 3/5 en la cintura escapular, 4/5 en el codo y 3/5 en la mano, todos en el lado izquierdo. El Romberg es negativo y la marcha no presenta alteraciones. El reflejo cutáneo-plantar izquierdo es extensor, y el derecho, indiferente.

Dado que se aprecia un déficit motor y sensitivo en el hemicuerpo izquierdo, la paciente es remitida al Servicio de Urgencias de su hospital de referencia.

En dicho centro se realiza un estudio electrocardiográfico, en el que se objetiva un ritmo sinusal a 66 lpm.

El estudio analítico (bioquímica, hemograma y estudio de coagulación) no muestra alteraciones reseñables.

Para descartar afección del cerebro por la exploración neurológica patológica se realiza una TAC cerebral, en la que se aprecia una lesión hipodensa de 7 mm de diámetro en la corona radiada derecha, compatible con infarto lacunar; no hay otras alteraciones relevantes (figura 1).

Con el diagnóstico de ictus lacunar en la corona radiada derecha, la paciente es dada de alta del hospital desde el Servicio de Urgencias con tratamiento farmacológico consistente en clopidogrel (75 mg), rosuvastatina (10 mg), amlodipino (10 mg) y telmisartán/hidroclorotiazida (40/12,5 mg). Se indica además control estricto de su tensión arterial, cese del hábito tabáquico y seguimiento en consultas externas por los servicios de Neurología y Rehabilitación.

En la actualidad la paciente sigue controles seriados por Neurología y no se aprecian alteraciones. Ha sido dada de alta por el Servicio de Rehabilitación, sin secuelas motoras o sensitivas.

Comentario

Se trata de una paciente joven con múltiples factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, obesidad, SAHS y hábito tabáquico) que narra una sintomatología que, en primera instancia, puede interpretarse como banal (dolor en la zona del trapecio izquierdo en el contexto de una contractura). Con una buena anamnesis y una exploración dirigida se puede llegar a la sospecha diagnóstica de mayor gravedad, dada la sintomatología de pérdida de fuerza y alteraciones sensitivas en la extremidad del hemicuerpo afectado, lo que lleva a intuir siempre la existencia de un posible accidente cerebrovascular.

La hipertensión arterial, el tabaquismo, la obesidad y el SAHS son factores de riesgo bien conocidos en la enfermedad cerebrovascular. Alrededor de un 10% de los accidentes isquémicos transitorios se dan en población de 18-45 años de edad¹, y con mayor incidencia en pacientes con factores de riesgo modificables tales como dislipidemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus y tabaquismo^{2,3}.

En la literatura aparecen pocas series de casos sobre accidentes cerebrovasculares en pacientes jóvenes; pese a todo, cabe destacar algunas series de casos en las que se objetiva que menos del 10% de los accidentes cardiovasculares en esta franja de edad se debían a problemas derivados de estos factores de riesgo (ateroesclerosis y enfermedad de pequeño vaso), por lo que se insinúa la necesidad de un mayor estudio acerca de qué factores de riesgo cardiovascular se han de prevenir en este subgrupo de población para evitar accidentes cerebrovasculares².

Diversos estudios tratan de otras posibles causas en esta franja de edad, como el consumo de alcohol⁴, la migraña con aura⁵ y la falta de sueño⁶. Por otra parte, dentro de los factores de riesgo clásicos, se ha observado que la obesidad es un factor de riesgo mayor en mujeres que en hombres en esta franja de edad⁷.

Atendiendo a nuestro caso, en diversos estudios sobre incidencia de ictus en relación con dichas enfermedades los valores oscilan, aunque la hipertensión arterial, el tabaquismo y la obesidad ocupan 3 de las 4 primeras plazas (la cuarta es la diabetes mellitus, no padecida por la paciente)^{2,3}. Especial relevancia tiene el SAHS, ya que no se valora de forma sistemática en los estudios; no obstante, se ha visto una relación directa entre dicha afección y el riesgo de presentar un accidente cerebrovascular, de forma independiente a otros factores de riesgo⁸.

La mejora de los hábitos de vida y la prevención de los factores de riesgo son de vital importancia en la prevención de accidentes cerebrovasculares a cualquier edad, más, si cabe, en adultos jóvenes. Su presencia aumenta el riesgo relativo de

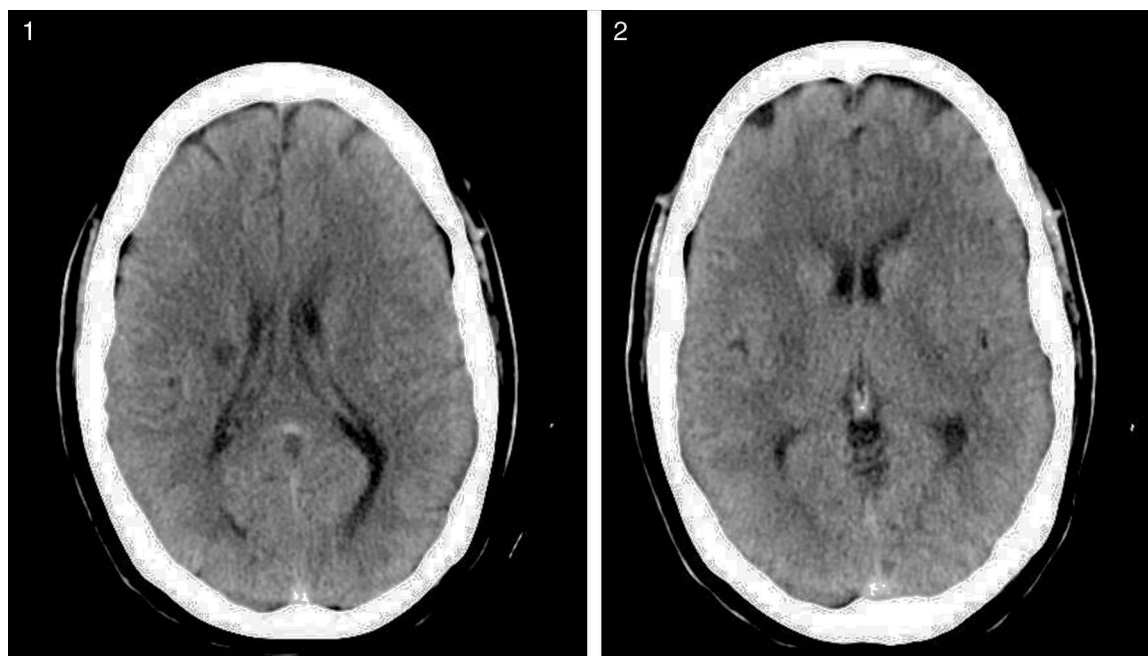


Figura 1 – TAC cerebral en la que se aprecia una lesión hipodensa de 7 mm de diámetro en la corona radiada derecha, compatible con infarto lacunar.

padecer esta afección y de desarrollar a lo largo de la vida otro tipo de enfermedades derivadas de estos factores de riesgo⁹. Por ello hay que hacer especial hincapié en el tratamiento de estas enfermedades, así como comprender que las complicaciones derivadas, tales como los accidentes cerebrovasculares, pueden producirse a cualquier edad, como sucede en nuestro caso, lo que obliga a plantearlo siempre como un posible diagnóstico diferencial en población de riesgo. Resulta importante para poder instaurar un tratamiento y poder así tratar de evitar las complicaciones de salud, sociales y económicas derivadas de esta enfermedad en la población afectada.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nedeltchev K, der Maur TA, Georgiadis D, Arnold M, Caso V, Mattle HP, et al. Ischaemic stroke in young adults: Predictors of outcome and recurrence. *J Neurol Neurosurg Psychiatr.* 2005;76:191-5.
2. Ji R, Schwamm LH, Pervez MA, Singhal AB. Ischemic stroke and transient ischemic attack in young adults: Risk factors, diagnostic yield, neuroimaging, and thrombolysis. *JAMA Neurol.* 2013;70:51-7.
3. Von Sarnowski B, Putaala J, Grittner U, Gaertner B, Schminke U, Curtze S, et al., sifap1 Investigators. Lifestyle risk factors for ischemic stroke and transient ischemic attack in young adults in the Stroke in Young Fabry Patients study. *Stroke.* 2013;44:119-25.
4. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovasc Dis.* 2008;25:457-507.
5. Sacco S, Ricci S, Carolei A. Migraine and vascular diseases: A review of the evidence and potential implications for management. *Cephalalgia.* 2012;32:785-95.
6. Magee CA, Kritharides L, Attia J, McElduff P, Banks E. Short and long sleep duration are associated with prevalent cardiovascular disease in Australian adults. *J Sleep Res.* 2012;21:441-7.
7. Towfighi A, Zheng L, Ovbiagele B. Weight of the obesity epidemic: Rising stroke rates among middle-aged women in the United States. *Stroke.* 2010;41:1371-5.
8. Cho ER, Kim H, Seo HS, Suh S, Lee SK, Shin C. Obstructive sleep apnea as a risk factor for silent cerebral infarction. *J Sleep Res.* 2013;22:452-8.
9. Myint PK, Luben RN, Wareham NJ, Bingham SA, Khaw KT. Combined effect of health behaviours and risk of first ever stroke in 20,040 men and women over 11 years' follow-up in Norfolk cohort of European Prospective Investigation of Cancer (EPIC Norfolk): Prospective population study. *BMJ.* 2009;338:b349.