

Coexistencia de parestesias e hiperreflexia. A propósito de un caso

Víctor Prieto Lorenzo*, Marina Polo Martín**, Sergio Borja Andrés**.

* *MIR Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Nueva. Zamora (España)*

** *LES. Servicio de Neurología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España)*

Correspondencia: Víctor Prieto Lorenzo. vprietol@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Las neuropatías en miembros superiores se manifiestan con síntomas inespecíficos, como las parestesias. Pueden estar originadas por entidades periféricas o asentadas en el sistema nervioso central (SNC); en ocasiones coexiste afectación en ambos niveles. La anamnesis y la exploración física son fundamentales en el diagnóstico de presunción, aunque en ocasiones sea necesario realizar pruebas complementarias para confirmarlo. En el caso que presentamos un varón de 41 años consultó por parestesias compatibles con síndrome del túnel carpiano bilateral. Sin embargo la exploración puso de manifiesto un piramidalismo que, tras realizar pruebas de imagen, resultó estar causado por un meningioma espinal.

PALABRAS CLAVE

Parestesias. Neuropatía. Meningioma

ORIGINAL

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones sensitivo-motoras en miembros superiores son frecuentes en pacientes que cargan peso de forma reiterada o mantienen posturas cervicales forzadas debido a su trabajo, actividades deportivas o de ocio, o bien tras un traumatismo [1].

Cuando un paciente acude por este motivo a la consulta de Atención Primaria o de Urgencias son fundamentales la anamnesis, exploración física y, en ocasiones, una prueba de imagen radiológica que nos ayude a descartar patología urgente y a orientar la etiología del padecimiento. Los hallazgos más comunes son las contracturas musculares y las alteraciones óseas degenerativas a nivel de columna cervical [2]. Sin embargo, hay entidades más graves con asiento a nivel del sistema nervioso que requieren un estudio más pormenorizado, incluyendo pruebas complementarias que no se realizan de forma urgente. Por ello, las alteraciones de fuerza y sensibilidad en miembros superiores son subsidiarias de seguimiento por consulta especializada de Neurología.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Un varón de 41 años de edad sin antecedentes de interés acudió al Servicio de Urgencias refiriendo "hormigueos" en los dedos 3º, 4º y 5º de ambas manos desde hacía varios meses. Manifestó que ese mismo día, bajando de un andamio, había perdido fuerza en la mano izquierda. Al realizar la exploración física y neurológica se objetivó contractura muscular en ambos trapecios, sin ningún otro hallazgo patológico. El tratamiento pautado fueron antiinflamatorios no esteroideos y una benzodiacepina empleada como relajante muscular.

Fue derivado a consulta de Neurología por su médico de Atención Primaria ante la sospecha de síndrome del túnel carpiano (STC) bilateral. En la primera consulta refirió que había presentado una leve mejoría con el tratamiento pautado, persistiendo

las parestesias y la contractura de trapecio, que empeoraba en decúbito y con la carga de peso.

La exploración neurológica reveló Tinnel y Phalen positivos bilaterales, de predominio izquierdo, junto a una llamativa hiperreflexia universal con clonus. Destacaban así mismo contracturas en trapecios bilaterales marcadas, sin otros hallazgos patológicos en el resto de la exploración.

Ante la sospecha de síndrome del túnel carpiano bilateral se solicitó una electromiografía (EMG), pero dado el llamativo piramidismo se pidió además una resonancia magnética (RMN) cervical para descartar lesiones a ese nivel.

La EMG demostró un síndrome del túnel del carpo bilateral. El informe de la RMN (Figs 1, 2, 3) reveló la existencia de una "tumoración a nivel del cuerpo vertebral de C2, con crecimiento medular intradural, que desplazaba la médula cervical en sentido contralateral hacia la derecha, y que tras la administración de contraste mostraba captación homogénea", siendo compatibles los hallazgos con un probable meningioma cervical.

Al acudir a revisión, las parestesias habían mejorado, persistiendo la hiperreflexia. A la luz de los resultados obtenidos, se derivó a consulta de Neurocirugía.

EVOLUCIÓN

El paciente fue valorado y operado por Neurocirugía, realizándose una resección de los arcos posteriores de C1 y C2 y exéresis completa de la lesión mediante microcirugía. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de neurilemoma plexiforme. El paciente siguió una evolución satisfactoria tras la intervención y fue dado de alta sin incidencias.

DISCUSIÓN

Las parestesias en miembros superiores son un síntoma inespecífico que puede revelar afectación nerviosa, muscular o neuromuscular periférica. Es preciso establecer un diagnóstico de presunción por medio de la exploración neurológica, que en muchos casos revela signos característicos que pueden orientar al clínico [3].

En el caso que estamos tratando, la exploración era reveladora principalmente en tres aspectos: fuerza, sensibilidad y reflejos tendinosos. El paciente tenía tono, masa y fuerza musculares conservados. No había cambios cutáneos. La sensibilidad superficial y profunda tampoco estaba alterada. El único signo alterado era la hiperreflexia universal, que en una revisión previa a la intervención quirúrgica se acompañó de la aparición de un reflejo cutáneo-plantar izquierdo indiferente. Esto condujo a pensar en la afectación piramidal o corticoespinal, finalmente confirmada como meningioma a nivel de C1-C2 por medio de las pruebas de imagen. Los meningiomas son el tumor primario más frecuente del SNC en adultos; de ellos los meningiomas espinales representan aproximadamente un 10% [4].

Por otra parte, las parestesias que presentaba el paciente estaban localizadas en un territorio nervioso delimitado, lo que es más sugerente de afectación a nivel nervioso periférico. A nivel de extremidades superiores (EES) las causas principales de afectación nerviosa periférica son compresión, arrancamiento-neurotmesis, degeneración, inflamación, metabólica y vascular-isquémica. En concreto, la causa más frecuente de mononeuropatía en EES es el síndrome del túnel carpiano (STC), seguido de la afectación del cubital a su paso por el codo, y en tercer lugar la radiculopatía cervical [5]. En este caso, la EMG demostró STC bilateral.

CONCLUSIÓN

Una afectación del sistema nervioso periférico puede coexistir con una afectación a nivel central, aunque no es la forma de presentación más frecuente y por ello puede pasar por alto en una primera asistencia. Por lo tanto, una exploración neurológica minuciosa y la correcta interpretación de los signos obtenidos es la principal y más útil herramienta a nuestra disposición en el momento de la orientación diagnóstica de sospecha. Apenas un martillo, un diapason y los órganos de los sentidos al servicio del médico pueden ser determinantes.

Por otro lado, el paciente requiere por nuestra parte un pensamiento integrador y no excluyente, dada la posibilidad de coexistencia de alteraciones a distintos niveles, que no presentan una delimitación clara, por lo que nos beneficiaremos de una visión global y abierta a todas las posibilidades patológicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. de Krom MC, Knipschild PG, Kester AD, Thijs CT, Boekkooi PF, Spaans F. Carpal tunnel syndrome: prevalence in the general population. *J Clin Epidemiol* 1992; 45 (4):373-6.
2. Radhakrishnan K, Litchy WJ, O'Fallon WM, Kurland LT. Epidemiology of cervical radiculopathy. A population-based study from Rochester, Minnesota, 1976 through 1990. *Brain* 1994; 117 (Pt 2):325-35.
3. Nardin RA, Patel MR, Gudas TF, Rutkove SB, Raynor EM. Electromyography and magnetic resonance imaging in the evaluation of radiculopathy. *Muscle Nerve*. 1999;22(2):151-5.
4. Nannapaneni R, Sinar EJ. Intraosseous schwannoma of the cervical spine. *Br J Neurosurg*. 2005;19(3):244-7.
5. Jabre JF, Dillard JW, Salzsieder BT, Guidos AR, Guidos PT. The use of multiple Tinel's sign in the identification of patients with peripheral neuropathy. *Electromyogr Clin Neurophysiol*. 1995;35(3):131-6.

TABLAS Y FIGURAS

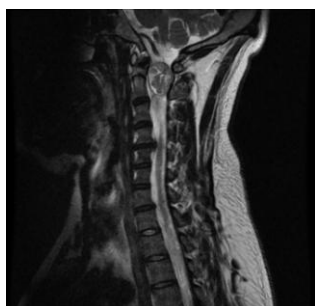


Fig. 1



Fig. 2

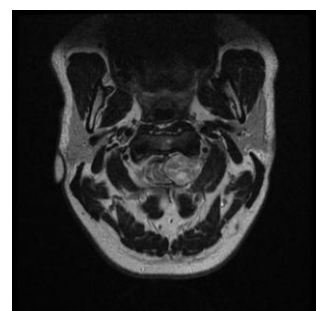


Fig. 3

Figuras 1, 2 y 3 pertenecientes a Resonancia magnética nuclear (RMN) cervical del paciente. Las figuras 1 y 2 representan sendos cortes sagitales y la figura 3 un corte axial; todas ellas en secuencia T2.