

**00TÍTULO:** Una fractura que no se cura

**AUTORES:** Dr.Daniel Giménez Canet (MIR 2º año de MFYR) y Dr.Manuel Garcia Fenollosa (Médico especialista en MFYR), Hospital Arnau de Vilanova.

### **ANAMNESIS**

El paciente no presenta reacciones alérgicas medicamentosas.

Como antecedentes de interés el paciente esta diagnosticado de TDAH e intervenido de recambio uretral izquierdo en la infancia.

No práctica ningún deporte, es diestro y está estudiando bachillerato.

Sufrió una fractura hace 1 año y medio, tras una caída jugando a futbol, de la falange del 2º dedo de la mano izquierda tratada en su país de origen de forma conservadora con entabillado y sindactilia con 3º dedo. No tuvo un seguimiento adecuado por el inicio de la pandemia COVID.

Desde entonces, refería en una primera valoración limitación de la movilidad del 2º y 3º dedo de la mano, temblor esencial de la misma y debilidad, sin dolor asociado.

No había realizado ningún tratamiento rehabilitador hasta el momento.

### **EXPLORACIÓN FÍSICA**

No presenta dolor a la palpación y no se observa edema ni tumefacción.

Movimientos activos de la muñeca izquierda completos

Atrofia de la musculatura hipotenar y de 1º-4º-5º espacios interóseos izquierdos.

En el balance motor presenta abducción, aducción, extensión del pulgar y aducción de los dedos de 2/5; extensión de 2º, 4º y 5º dedo de 3/5 y musculatura flexora aparentemente normal. Asimismo no refiere alteraciones sensitivas. Presenta temblor cinético en miembro superior izquierdo.

Maniobras de Froment -, Wartenberg + y O de Bunnell -.

Maniobras de outlet torácico: Adson- o muy débil; rotación-lateroflexión cervical con bloqueo bilateral; Eden negativo y Roos positivo (claudica MSI).

Test cubital: Froment + y Wartenberg +

Test mediano: Tinel – y Phalen -.

Reflejos osteotendinosos con preservados y simétricos Hoffman negativo.

Dinamometría con dinamómetro JAMAR: prensión (30kg derecha / 0 kg izquierda) y pinza (4kg derecha / 2kg izquierda)



## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En el diagnóstico diferencial del paciente nos planteamos diversas opciones:

- Atrofia por desuso tras inmovilización prolongada. Ya que el paciente no tuvo el seguimiento correcto de su fractura de falange.
- Atrapamiento nervioso periférico cubital ya que las maniobras han resultado positivas y la clínica sería compatible con una afectación en el territorio cubital. Para ello solicitamos una electromiografía y electroneurografía.
- Mielopatía cervical ya que el paciente tiene síntomas de motoneurona inferior como la atrofia del miembro y la torpeza motora del MSI. Para ello solicitamos resonancia magnética (RM) cervical.
- Plexopatía braquial como por ejemplo un síndrome de outlet o desfiladero torácico ya que presenta un cuadro neurológico congruente con afectación de las últimas raíces plexurales en el MSI con alguna maniobra compatible. Para el diagnóstico necesitamos una RM cervical y de plexo braquial, junto con el apoyo elecromioneurográfico.