

TÍTULO: 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 varón de 16 años que 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 entablillado 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-3º-4º 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 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 electromiográfico.