

TÍTULO: Omalgia como síntoma de presentación en un trastorno bradicinético sin diagnosticar

AUTORES: Dra. M^a Isabel Garrido Contreras (MIR 3er año de MFYR) y Dr. David A. Moreno Barragán (Médico especialista MFYR). Hospital Doctor Peset (Valencia)

Presentamos el caso de una mujer de 60 años remitida desde Atención Primaria con diagnóstico de omalgia derecha de un año de evolución. Tras ser citada de inicio en el programa de escuela de dolor crónico de hombro, fue enviada a consulta de Rehabilitación por no mejoría clínica.

ANAMNESIS:

La paciente no presentaba antecedentes de reacciones adversas medicamentosas, recibía tratamiento por diagnóstico de trastorno ansiosodepresivo con bromazepam como único antecedente médico de interés y había sido intervenida para descompresión de túnel carpiano bilateral.

Trabajadora en el sector de la limpieza. En el momento de la valoración se encontraba en situación de incapacidad temporal por enfermedad común.

Subjetivamente refería omalgia derecha de un año de evolución sin antecedente traumático ni otros desencadenantes de interés, con empeoramientos autolimitados sin remisión del dolor fuera de estos períodos.

Describía el dolor como continuo, con noctalgia que interfería con el descanso nocturno sin relación clara con los cambios posturales. Sin irradiación definida y tampoco destacaba dolor de predominio en V deltoidea. No señalaba maniobras que empeorasen la clínica pero, relataba quejas por temblor en dicho miembro con dificultad para realizar

sus tareas básicas e instrumentales, que la paciente justificaba en relación con el dolor.

No mejoraba con medicación analgésica o antiinflamatoria habitual ni con otras medidas físicas no farmacológicas. La cinesiterapia prescrita no le había aportado alivio en el control del dolor ni en la funcionalidad del miembro superior derecho.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

No se observaban atrofias en la región cervical ni escapulohumeral ni alteraciones sensitivas en territorios de los nervios axilar o supraescapular.

La movilidad del hombro no provocaba dolor y no aparecía alterada, aunque se presentaba bradicinética y con temblor de intención. No presentaba dolor con las maniobras de provocación para síndrome de impingement subacromial e incompetencia del manguito rotador ni para las de afectación de la porción larga del bíceps. En la palpación no destacaban puntos de dolor de interés.

A la inspección general, la paciente mantenía una actitud cifótica con los miembros superiores en flexo e impresionaba por bradicinesia, por lo que se amplió la exploración por sistemas.

La fuerza muscular en los 4 miembros era de 5/5 MRC y los reflejos osteotendinosos aparecían vivos con aumento de área en estiloradial y miembros inferiores. No presentaba alteraciones sensitivas.

Objetivamos la presencia de un tono en rueda dentada bilateral, además de disdiadococinesia de predominio derecho y disinergia leve sin disimetría. No presenta reflejos patológicos de lesión de vías corticoespinales ni fasciculaciones en la musculatura periférica.

La bipedestación, salvo por la actitud cifótica ya señalada, no presentaba alteraciones. Era autónoma y la realizaba al primer intento sin precisar apoyos con buena estabilidad inicial, no mostrando alteraciones con los ojos cerrados ni con las pulsiones. En la exploración de la marcha se mostraba levemente hipocinética y sin braceo.

Por último, en la exploración de los pares craneales se evidenciaba una alteración del reflejo vestibuloocular y una mínima desviación de la comisura bucal izquierda con dudosa hipomimia facial y discinesia lingual, sin alteración de las praxias orofaciales. La motilidad ocular extrínseca no presentaba alteraciones, encontrándose el resto de pares conservados y simétricos.

No se observaron alteraciones en las funciones superiores, aunque sí rasgos de personalidad depresivos.