



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 347/3461 - DOLOR EN BRAZO IZQUIERDO EN PACIENTE DE 61 AÑOS

J. León Domínguez<sup>a</sup>, L. Ballesteros Lechuga<sup>b</sup> y J. Zuleta Valencia<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Gavellar. Jaén. <sup>c</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle-Inclán. Ourense.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 61 años que consulta a Atención Primaria por dolor en brazo izquierdo desde hace 5 días. Lo describe tipo quemazón, como ardor. Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo 2, osteoporosis y trastorno ansioso-depresivo. Sigue tratamiento con metformina, diazepam, ácido alendrónico y sertralina. Al explorar al paciente muestra dolor al palpar en musculatura tricipital izquierda. Se le pauta analgesia. Posteriormente, consulta nuevamente una semana después ante permanencia del dolor y además presentando lesiones cutáneas vesiculosas en cara interna del brazo izquierdo y zona axilar compatibles con herpes zóster. Se pauta tratamiento con aciclovir y pregabalina. A las 2 semanas, el paciente consulta por persistencia de la clínica pese a tomar pregabalina y manifiesta pérdida de fuerza en miembro superior izquierdo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Miembro superior izquierdo (MSI): Imposibilidad para la prehensión de la mano izquierda, con limitación funcional al no poder contar con los dedos. Evidencia atrofia de tríceps y músculo braquioradial, además de atrofia en los músculos interóseos. En primer y segundo dedo, presenta hipoestesia. Reflejos osteotendinosos: tricipital y bicipital en MSI abolidos, radial disminuido. Lesiones cutáneas cicatrizadas y adenopatía dolorosa, de localización axilar, no adherida.

**Orientación diagnóstica:** Debido a la aparición de un trastorno sensitivo-motor en miembro superior izquierdo, la orientación diagnóstica guía hacia una plexopatía braquial postherpética, por lo cual se deriva al paciente a Urgencias para continuar estudio.

**Diagnóstico diferencial:** Pseudoparálisis por dolor. Lesión neurológica fuera del plexo (medular o cerebral). Neoplasias.

**Comentario final:** En presencia de un dolor de características neuropáticas debemos prestar atención a la aparición de lesiones en la piel. Pese a que la mayoría de veces la secuela puede ser una neuralgia postherpética, no podemos confiarnos debido a que el virus varicela zóster puede dar lugar a afectaciones nerviosas importantes. En el caso de nuestro paciente, ingresó donde mantuvo el tratamiento que tenía pautado y comenzó rehabilitación siendo dado de alta a las 2 semanas con leves secuelas.

## **Bibliografía**

1. Aguirre-Garza GE. Post-herpetic segmental hypoesthesia-paresis with fast recovery. Rev Neurol. 2013;57:45-6.

**Palabras clave:** Plexopatía braquial. Dolor neuropático. Herpes zóster.