Semergen. 2015;41 (Espec Congr):172

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

# 160/971 - SÍNDROME MANO CAÍDA POSTRAUMÁTICA

*A.B.Bárcena Atalaya[a], J. Gómez Rubio[b], M.R. Martos Castello[c], M.M. Carricondo Avivar[d], J.D. Moreno Macías[e] y E.M. Ortega Hidalgo[f]*

*[a]Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de Valme. Sevilla. [b]Médico Residente 5º año Medicina Interna. Hospital de Valme. Sevilla. [c]Médico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla. [d]Médico Residente 3er año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Utrera. Sevilla. [e]Médico Residente 3er año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla. [f]Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Utrera. Sevilla.*

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 22 años que acude consulta de atención primaria por dificultad en la movilidad de la mano derecha tras haber sufrido un accidente de moto con traumatismo en hombro derecho hace una semana siendo diagnosticado y tratado en hospital de referencia de una luxación anteroinferior de húmero derecho.

**Exploración y pruebas complementarias:** Fuerza de la musculatura extensora del carpo y falanges 0/5 (limitación funcional a la extensión mano), musculatura interósea 0/5 (limitación funcional a la separación de falanges), deltoides 3+/5, bíceps 3+/5. Hipoestesia región nervio axilar derecho. Ante la sospecha de lesión del plexo braquial postraumática, se deriva a urgencias de hospital de referencia para valoración por Neurología. Durante su ingreso, se realiza un electromiograma del plexo (plexopatía con afectación de cuerda posterior predominantemente, aunque existen datos de afectación de tronco superior), resonancia nuclear magnética del plexo (edema ósea subcondral en cabeza humeral derecha, a nivel posterosuperior, probablemente secundaria a luxación reducida). Tras alta, es derivado a rehabilitación.

**Juicio clínico:** Plexopatía braquial derecha de predominio tronco inferior secundaria a luxación anteroinferior húmero.

**Diagnóstico diferencial:** Plexopatía postraumática. Neuropatía por atrapamiento.

**Comentario final:** Entre el 5 y el 60% de los pacientes con luxación anterior de húmero presenta compromiso nervioso, siendo éste más frecuente en edad avanzada, y suelen resolverse de forma espontánea entre 3 y 12 meses. La lesión del plexo braquial es grave para la función del miembro superior, y generalmente se deben a accidentes de tráfico, y la mayoría de ellos, son accidentes de moto (como nuestro caso). El tratamiento de estas lesiones es multidisciplinar, requiriendo tratamiento rehabilitador y quirúrgico, junto a tratamiento posterior de las secuelas, siendo la más frecuente el dolor neuropático y los déficits de la función del miembro superior. Esto provoca un impacto social y económico muy alto.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Bahr R, Maehlum S. Lesiones deportivas: diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. 3ª edición. Editorial Médica Panamericana; 2004. 159-62 p.

2. Micheli F, Nogués MA, Asconapé JJ, Fernández Pardal MM, Biller J. Tratado de neurología clínica. 1ª Edición. Editorial Médica Panamericana; 2003. 1145-53 p.

3. Oberlin C, Belkheyar Z, Durand S. Parálisis del plexo braquial traumáticas del adulto por lesiones radiculares. EMC – Aparato Lomocotor. 2007;40(4):1-12.

4. Garozzo D. Las lesiones de plexo braquial. Cómo diagnosticarlas y cuándo tratarlas. Ortho-tips. 2012;8(1):7-16.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.