



## 212/3007 - NO SIENTO LOS BRAZOS

C. García-Giralda Núñez<sup>a</sup>, L. Safioullina<sup>a</sup>, E. Pérez Pagán<sup>b</sup>, A. García Saorín<sup>c</sup> y M.J. Fernández Sánchez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Caravaca. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calasparra. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cieza. Murcia. <sup>d</sup>Enfermera. Centro de Salud de Bullas. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 25 años que consulta en su centro de salud por presentar desde esta mañana disminución de la fuerza en ambas extremidades superiores y parestesias distales bilaterales. Los días previos no había realizado ningún tipo de esfuerzo extraordinario ni cuenta infecciones recientes, aunque sí refiere padecer alta frecuencia de las mismas durante el invierno. No refiere episodios previos similares. El paciente reconoce haber consumido recientemente cannabinoides. Además sensación de ligera dificultad para expectorar y parestesias abdominales a las que no había dado importancia. Sin síntomas vegetativos asociados.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG, consciente y orientado. Afebril. TA: 135/70. Isocoria pupilar normorreactiva a la luz, con movientes extrínsecos oculares normales. No se aprecia asimetría ocular. Resto de pares craneales sin alteraciones aparentes. Exploración cerebelosa, equilibrio y marcha normales, Romberg negativo. Reflejos osteotendinosos conservados en extremidades superiores salvo abolición tricipital bilateral y aumento de área reflexógena estilo-radial. Rotulianos ligeramente asimétricos con predominio derecho. Reflejos aquíleos presentes y simétricos. Hipoestesia en región radial de ambos antebrazos, región tenar y abdominal. No se objetivan déficits motores focales de extremidades ni de sensibilidad profunda. Disestesias tronculares T4-T10. RCP flexor bilateral. Diuresis conservada. Analítica sin alteraciones en bioquímica, hemograma o coagulación. PCR normal. Análisis de orina positivo para cannabinoides. Radiografía de abdomen, tórax y TC craneal sin evidencias de patología. RM cervicodorsal: lesión hiperintensa en médula cervical anterior, mal definida y con realce periférico a la altura de C4-C6. Punción lumbar: LCR de aspecto claro, con presión de apertura normal. No patológico.

**Juicio clínico:** Síndrome centromedular. Mielitis cervical.

**Diagnóstico diferencial:** Guillain-Barré, edema, necrosis, hemorragias medular.

**Comentario final:** Importancia de la exploración física minuciosa en pacientes jóvenes insistiendo en este caso, incluso en los síntomas que le pudieran parecer banales y los antecedentes de infecciones.

### Bibliografía

1. Brazis PW, Masdeu JC, Biller J, eds.. Spinal Cord. En: Localization in clinical Neurology. LWW. 2007:99-123.
2. Byrne TN, Waxman SG. Paraplejía y Síndromes de la Médula Espinal. 2010.
3. Bradley WG. Neurología Clínica: Diagnóstico y tratamiento. Barcelona: Elsevier.

**Palabras clave:** *Parestesias. Pérdida de fuerza. Centromedular.*