Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):626

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/428 - DOLOR EN BRAZO: NO TODO ES EPICONDILITIS

M. López Ortiz[1], M. Faro Colomés[1], G. Osuna Marzal[1] y M. Tagarro Tojeiro[2]

[1]Médico de Familia. Centro de Salud Terrassa Nord. Barcelona. [2]Médico del Trabajo. Egarsat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 47 años antecedentes de hipertensión arterial en control farmacológico. Realiza ejercicio físico intenso de forma habitual. Acude a consulta por dolor en brazo izquierdo de varios meses evolución localizado en cara lateral de brazo con irradiación a codo y antebrazo, llegando hasta la mano. Asimismo, parestesias en dedos de mano izquierda. Se orienta como epicondilitis y epitrocleítis, recibiendo tratamiento farmacológico, infiltración y rehabilitación con mejoría parcial. Ante la falta de mejoría clínica, derivamos a traumatología.

Exploración y pruebas complementarias: Palpación dolorosa en cara lateral, tercio medio brazo izquierdo, epicóndilo y a la flexión volar forzada de la muñeca contra resistencia y a la pronación. Sensibilidad superficial y profunda conservadas. Resonancia magnética brazo: moderados cambios por tendinosis y probables roturas parciales intrasustancia del tendón flexor común a nivel de su inserción en epicóndilo medial. Aumento de señal y trabeculación de las partes blandas adyacentes a epitróclea, que podría traducir presencia de cambios inflamatorios vs cambios en relación a infiltraciones locales previas. Ecografía brazo izquierdo: Aumento de la señal en las fibras musculares del bíceps braquial izquierdo. Resonancia magnética cervical: pinzamiento y degeneración discal C6-C7. Protrusión global del disco C5-C6 que oblitera el espacio subaracnoideo anterior, con una pequeña herniación foraminal izquierda, que junto con cambios uncartrósicos condicionan una moderada estenosis foraminal izquierda. Hernia global del disco C6-C7 que oblitera el espacio subaracnoideo anterior, con una leve extensión foraminal bilateral, junto con cambios uncartrósicos condicionan una moderada estenosis foraminal bilateral. EMG: síndrome túnel carpiano leve del lado izquierdo. Ausencia de signos de radiculopatía cervical.

Orientación diagnóstica: Síndrome de Lotem (High radial tunnel syndrome).

Diagnóstico diferencial: Epincodilitis. Síndrome del túnel carpiano. Síndrome de la arcada de Frohse. Hernia discal cervical.

Comentario final: Ante un paciente con clínica sugestiva de epicondilitis que no mejora con el tratamiento habitual, debe pensarse en la compresión del nervio radial, una entidad poco frecuente. El diagnóstico se base en una clínica y exploración compatibles, y los exámenes complementarios nos ayudaran al diagnóstico diferencial. Su tratamiento es médico/quirúrgico.

Bibliografía

1. Lotem M, Solsi P. Transient radial palsy following muscular effort. Harefuah. 1970;78(10):490-1.

Palabras clave: Nervio radial. Epicondilitis.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.