

La mortalidad del SNM ha disminuido progresivamente hasta el 0-22% en las series más recientes. A esta disminución de la mortalidad han contribuido, sin duda, un mejor reconocimiento y un diagnóstico más temprano de la entidad, así como una optimización de las medidas terapéuticas<sup>2</sup>.

M.J. MORALES ACEDO Y E. MORA GARCÍA  
Especialistas Medicina Familiar y Comunitaria.  
Unidad Docente de Málaga.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Benatar Haserfaty J, García Pérez del Río J, Román Tabernero M, Durán Insúa F, Ascorve Domínguez A. Síndrome neuroléptico maligno asociado a infarto de miocardio, insuficiencia renal aguda y rabdomiólisis. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 1991; 38: 261-264.
2. Rivera JM, García Bragado F, Iriarte LM, Lozano Gutiérrez F, Salgado V, Andreu J, Moriño A. Síndrome neuroléptico maligno. Análisis de 9 casos. *Med Clin (Barc)* 1990; 94: 121-125.
3. Usandizaga I, Pérez de Mendiola MM, Buades J, Martínez J. Síndrome neuroléptico maligno. *Med Clin (Barc)* 1990; 11: 437.

## Síndrome del túnel carpiano en atención primaria

**Sr. Director:** El síndrome del túnel carpiano constituye la mononeuropatía por atrapamiento más frecuente, siendo motivo de consulta en atención primaria con relativa frecuencia. En muchos casos existe una enfermedad asociada que debe ser investigada.

En el presente artículo describimos el caso de un varón de 33 años que acude a consulta por parestias en ambos brazos, siendo diagnosticado de síndrome del túnel carpiano bilateral de etiología desconocida. El diagnóstico final, tras un año de evolución, fue de síndrome del túnel del carpo bilateral secundario a acromegalia.

Se trataba de un varón de 33 años, administrativo, cuyos antecedentes personales eran:

- Ausencia de alergias medicamentosas conocidas.
- Sin HTA, diabetes mellitus ni dislipemias. No hábitos tóxicos.
- Sin úlcus gastroduodenal.
- Amigdalectomizado en 1970.
- Intervenido de menisco interno en rodilla derecha en 1979.
- Intervenido de menisco interno en rodilla izquierda en 1990.
- Sin transfusiones sanguíneas previas, ni tratamiento farmacológico.

No tenía antecedentes familiares de cáncer ni de enfermedades cardiovasculares.

Acude a consulta por presentar, desde hace 3 meses aproximadamente, parestias en ambas manos, sobre todo la derecha con irradiación ocasional hasta los codos, sin precisar con exactitud el territorio de distribución por los

dedos. Dicha sintomatología ocurre sobre todo por las noches, teniendo que agitar frecuentemente ambas manos para poder conciliar el sueño. No refiere disminución de fuerza ni sensibilidad. No recuerda traumatismo previo. No otra sintomatología destacable.

La exploración física fue la siguiente:

- PA: 136/ 80 mmHg. FC: 80 lat/min. FR: 12 rpm. Afebril. Talla: 172 cm. Peso: 70 kg.
- Normosómico. Buen estado general. Consciente y orientado. Colaborador.
- Cabeza y cuello: tiroides discretamente aumentado de tamaño sin alteraciones en la consistencia y sin nodulaciones ni soplos. No elevación de la presión venosa yugular. Carótidas rítmicas y simétricas.
- Auscultación cardíaca: tonos puros y rítmicos, sin soplos.
- Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.
- Abdomen: blando, depresible, sin masas ni megalias y no doloroso.
- Extremidades inferiores: pulsos periféricos presentes. No signos de trombosis venosa profunda ni edemas.
- Extremidades superiores:
  - Derecha: inspección normal, sin atrofas musculares. Sensibilidad y fuerza normal. Tinnel positivo. Phalen positivo. Pulsos cubital y radial normales. Reflejos bicipital, tricipital y estilorrádial normales.
  - Izquierda: inspección normal. Sin atrofas musculares. Sensibilidad y fuerza normales. Tinnel negativo. Phalen débilmente positivo (en relación con el lado derecho). Pulsos cubital y radial normales. Reflejos normales. Maniobra de Adson negativa.
- Exploración neurológica sin signos de focalidad.

Las pruebas complementarias verifican que el hemograma era normal, así como la bioquímica general. El factor reumatoide y PCR fueron negativos. TSH y T<sub>4</sub> normales. La radiografía de columna cervical también fue normal.

Nos planteamos el diagnóstico diferencial entre:

1. Síndrome del túnel carpiano bilateral primario.
2. Síndrome del túnel carpiano bilateral secundario (microtraumatismos, artritis reumatoide, tenosinovitis, hipotiroidismo y acromegalia, fundamentalmente).

Dada la sintomatología del paciente y los resultados de la exploración, se establece el diagnóstico de presunción de síndrome del túnel carpiano bilateral idiopático, más acusado en el lado derecho.

Se pauta tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos y férulas de descarga, sin obtener ninguna mejoría en el plazo de un mes. Se decide remitir al paciente a consulta externa de neurología para confirmación del diagnóstico y reconsideración del tratamiento.

Mediante electromiografía se establece el diagnóstico definitivo de síndrome del túnel carpiano bilateral, más intenso en el lado derecho. Se procede a tratamiento me-

dianete tres infiltraciones en ambos túneles, con un intervalo de 15 días entre cada una de ellas, manteniéndose la descarga con férulas. El paciente queda asintomático tras las infiltraciones.

Transcurrido un año del inicio del cuadro, el paciente acude a consulta refiriendo de nuevo parestesias similares en ambas manos. Además ha observado que las manos y los pies le han crecido, habiendo aumentado el número del calzado. Ante la sospecha de acromegalia se envía al paciente a consulta externa de endocrinología, donde, tras la realización de pruebas complementarias, se establece el diagnóstico definitivo de acromegalia secundaria a microadenoma hipofisario. En la actualidad el paciente está pendiente de ser intervenido neuroquirúrgicamente.

El síndrome del túnel del carpo es la mononeuropatía por atrapamiento más frecuente. Afecta a un 1-3% de la población, constituyendo un motivo de consulta relativamente frecuente en atención primaria. La relación mujer/varón es de 4/1, y predomina en adultos entre los 45 y 55 años<sup>1</sup>. Con frecuencia es bilateral, afectando más a la mano dominante. El 45% son idiopáticos y en el 55% restante se asocia a una enfermedad que debe ser investigada. Los microtraumatismos del carpo son la causa más frecuente, seguidos de las colagenopatías (especialmente artritis reumatoide) y las tenosinovitis. Otras situaciones asociadas son: menopausia, embarazo, hipotiroidismo, diabetes mellitus, acromegalia, amiloidosis y gota<sup>2,3</sup>.

La acromegalia es un síndrome poco frecuente, que resulta del aumento crónico, inapropiado y mantenido de los niveles circulatorios de la hormona del crecimiento (GH), que *per se* o generando síntesis y liberación de factores de crecimiento (somatomedinas, IGF-1) conducen al crecimiento exagerado de las partes acras y vísceras del individuo adulto<sup>4,5</sup>. Presenta una prevalencia de 30 a 70 pacientes por millón de habitantes y una incidencia de 3 a 4 por millón de habitantes/año. La edad media al diagnóstico es de 40 a 44 años y tiene una distribución similar por sexos<sup>1</sup>. Debido al aumento en la masa de tejido subcutáneo se puede producir atrapamiento de nervios, siendo el síndrome del túnel del carpo un signo de presentación frecuente<sup>6</sup>. Sólo un 13% de los pacientes consultan directamente por crecimiento distorsionado de las partes acras, por lo que el diagnóstico puede pasar desapercibido durante muchos años<sup>7</sup>.

ANTONIA GEMA MARÍN GIL<sup>a</sup>, TEODORO PÉREZ ARGILÉS<sup>b</sup>  
Y ROSA VILLENNA ROMERO<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Academia General Básica de Suboficiales. Tremp (Lérida). <sup>b</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General Universitario de la Princesa. Madrid.

<sup>c</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General de Talavera. Toledo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gilbert H, Martin D, Martin JB. Regulación neuroendocrina y enfermedades de la hipófisis anterior y del hipotálamo. En: Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL, editores. Harrison. Principios de Medicina Interna (13.ª ed.). Vol 2. Interamericana. Mc Graw-Hill, 1994; 331: 2189-2193.

2. Perkins AT, Morgenlander JC. Endocrinologic causes of peripheral neuropathy. Pins and needles in a stocking-and-glove pattern and other symptoms. *Postgrad Med* 1997; 102: 81-82, 90-92, 102-106.
3. Kern BC, Brock M, Rudolph KH y Logemann H. The recurrent carpal tunnel syndrome. *Zentralbl Neurochir* 1993; 54: 80-83.
4. Verma AK y Mahapatra AK. Pre and posoperative median nerve conduction in patients with pituitary tumour. *J Indian Med Assoc* 1994; 92: 225-228.
5. Baxter MA. Acromegaly and transsphenoidal hypophysectomy: a case report. *AANA. J* 1994; 62: 182-185.
6. Brick JE, Brick JF y Elnicki DM. Musculoskeletal disorders. When are they caused by hormone imbalance? *Postgrad Med* 1991; 90: 129-132, 135-136.
7. Kameyama S, Tanaka R, Hasegawa A, Tamura T, Kuroki M. Subclinical carpal tunnel syndrome in acromegaly. *Neurol Med Chir Tokyo* 1993; 33: 547-551.

## El proceso de interconsulta en atención primaria. A propósito de un caso

**Sr. Director:** Una de las responsabilidades más importantes del médico de familia consiste en poner a disposición de sus pacientes todos los recursos disponibles. Sin la atención continuada que éste ofrece, la atención fragmentada e incoordinada puede ser peligrosa y conducir a una mala utilización de los recursos. La comunicación eficaz con los colegas es, por tanto, una habilidad esencial en medicina de familia y si falta esto puede ser tan peligroso para el paciente como un error diagnóstico o de tratamiento<sup>1</sup>.

Vamos a describir los distintos cauces de comunicación que se establecen entre la atención primaria y la especializada cuando existe una buena comunicación entre ambas. Para ello nos serviremos del tratamiento clínico de un caso particular.

Paciente de 83 años con antecedentes de ex fumador y ex bebedor importante. Diagnosticado de hepatopatía enólica hace 10 años, no ha seguido controles. Presenta una hernia inguinal derecha no intervenida y está estreñido. Independiente para las actividades diarias y su estado cognitivo es excelente.

Acude al centro por presentar los 4 días previos pérdida de fuerza en la mano izquierda junto con mareo (sin giro de objetos), inestabilidad y sensación de falta de aire al caminar. Se deriva al hospital de forma urgente con un informe para descartar ictus y posible tromboembolismo pulmonar (TEP). Ésta es una primera interconsulta dirigida a atención terciaria.

En el hospital es diagnosticado de infarto lacunar con síndrome motor puro descartándose el TEP y es remitido a su domicilio con tratamiento antiagregante. En la analítica que se le hizo presentaba leucocitos bajos (3.500), hemoglobina de 12 mg/dl con VCM normal y unas plaquetas de 92.000.

El paciente solicita una visita médica a domicilio 8 días después por presentar importantes dolores generalizados, astenia, anorexia y epistaxis ocasional. Además con-