

Infartos isquémicos que ocasionan parálisis aislada de la mano: a propósito de 6 casos

Juan Ramón y Cajal Calvo, Carlota María Bello Franco, María José Gimeno Peribañez, Marta Marín García, Alba López Bravo, Carlos Tejero Juste

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

OBJETIVO

- La paresia aislada de la mano secundaria a ictus isquémico (knob hand síndrome) es una entidad clínica poco frecuente que a menudo puede ser confundida con la parálisis periférica; donde la debilidad predomina en la mano, diferenciando parálisis del pseudo-cubital, pseudo-radial o pseudo-mediano en función de la región afectada predominante
- Las causas de este cuadro clínico no difieren de las comunes del ictus isquémico, aunque podríamos destacar el embolismo secundario a arritmia u otra fuente cardioembólica, estenosis de arteria carótida interna, disección de la misma o enfermedad de pequeño vaso
- La parálisis aislada de la mano supone un reto diagnóstico en muchas ocasiones; debido a su desconocimiento estos pacientes son diagnosticados de forma subaguda o erróneamente diagnosticados de parálisis periférica.

OBJETIVO

- Presentamos las características clínicas y radiológicas de 6 pacientes con monoparesia distal aislada de la mano (3 varones y 3 mujeres) que ingresaron en el Servicio de Neurología de nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

- Estudio descriptivo, observacional y prospectivo.

POBLACIÓN PARTICIPANTE

- Los criterios de inclusión → pacientes ingresados en el servicio de neurología de nuestro centro debido a paresia aislada de la mano de etiología isquémica.
- El periodo de reclutamiento comprendió los años 2017 y 2018.

VARIABLES DE ESTUDIO

- 1 Edad
- 2 Sexo
- 3 Factores de riesgo cardiovascular
- 4 Antecedentes de accidente isquémico transitorio (AIT)
- 5 Ateroesclerosis en estudio neurosonológico
- 6 Paresia de la mano derecha / izquierda
- 7 Clínica motora / sensitiva
- 8 Hallazgos patológicos en RM

RESULTADOS

CASO 1

Paciente varón de 60 años, acude a Urgencias tras presentar de forma súbita una paresia de la mano izquierda junto con hipoestesia termoalgésica.

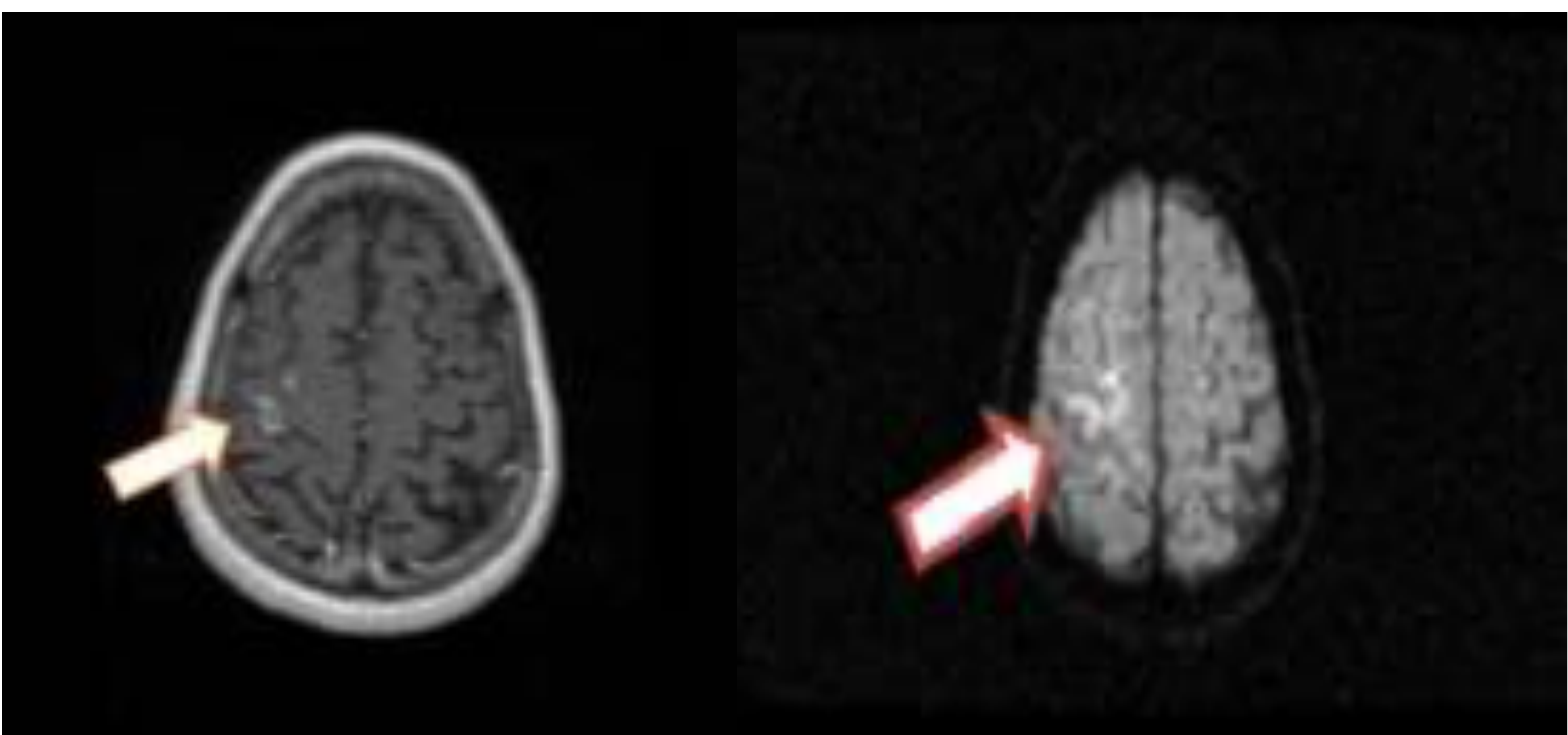


Figura 1.

RM secuencias T2/ FLAIR y DW-EPI: lesión isquémica aguda centro semioval y cortical parietal derecha

RESULTADOS

CASO 2

- Varón de 71 años, acude a Urgencias por presentar paresia distal en extremidad superior derecha junto parálisis facial central derecho

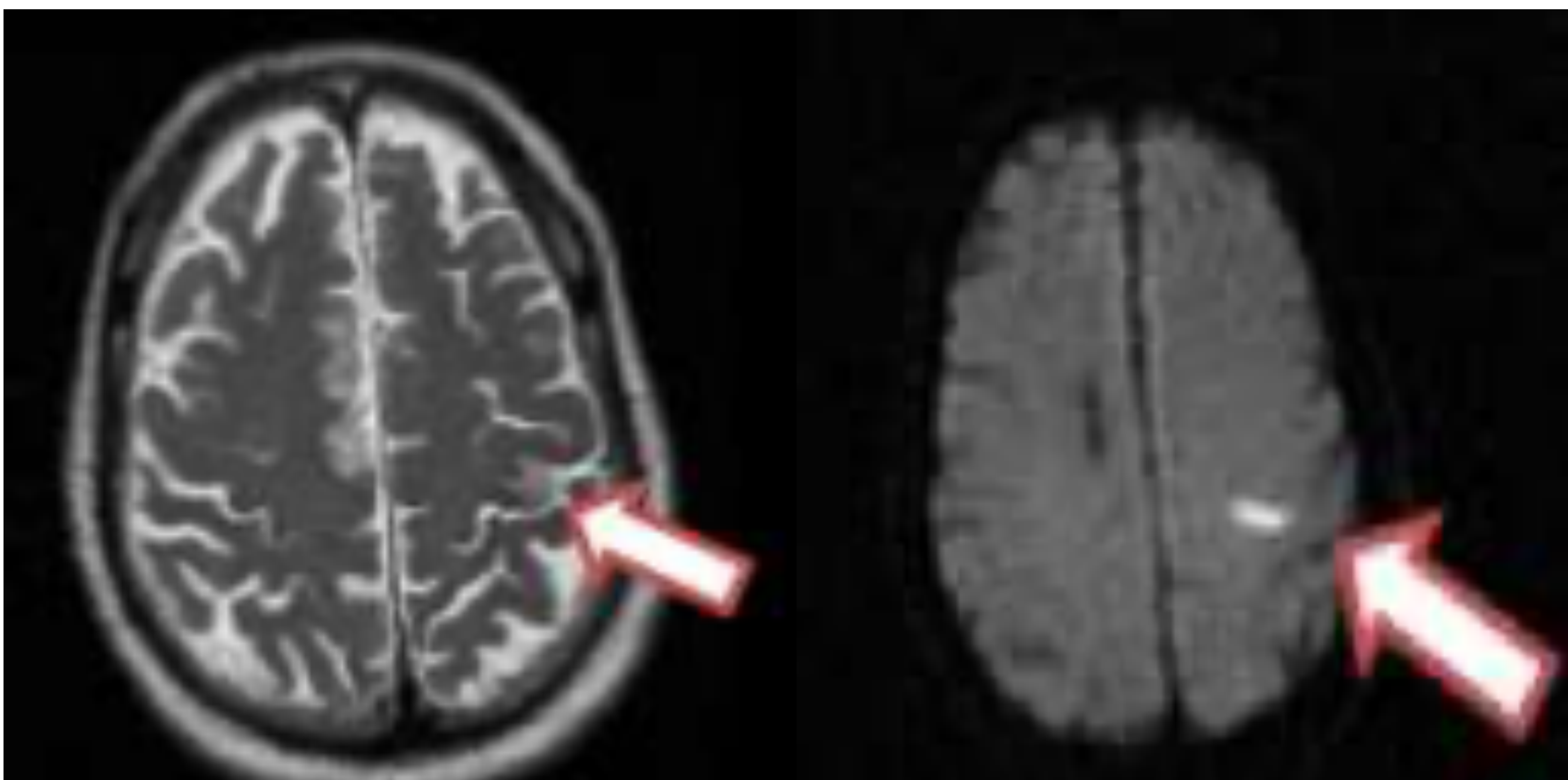


Figura 2.

RM secuencias T2/ FLAIR y DW-EPI :áreas hiperintensas en T2-FLAIR subcortical y en región parietal posterior izquierda con restricción difusión

RESULTADOS

CASO 3

- Mujer de 87 años con antecedentes de HTA, Acude a nuestro hospital por presentar cuadro de paresia distal de la mano izquierda de unas 8 horas de evolución.

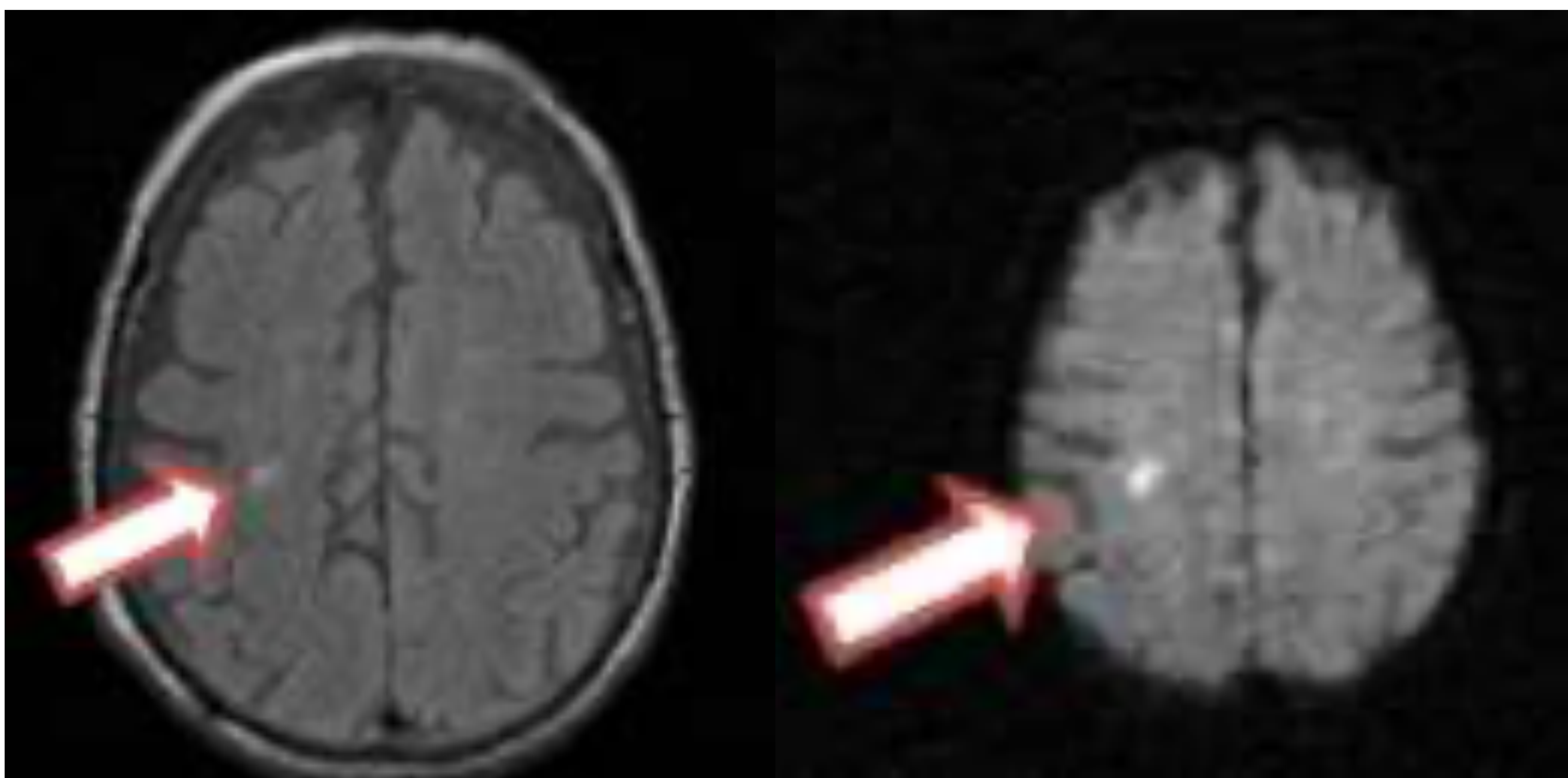


Figura 3.

RM secuencias T2/ FLAIR y DW-EPI: imagen con restricción a la difusión en sustancia blanca parietooccipital derecha

RESULTADOS

CASO 4

- Mujer de 81 años, con antecedente de HTA. Acude a Urgencias por presentar cuadro de paresia aislada de la mano izquierda de 15 días de evolución, junto con alteración sensitiva (hipoestesia y parestesias).

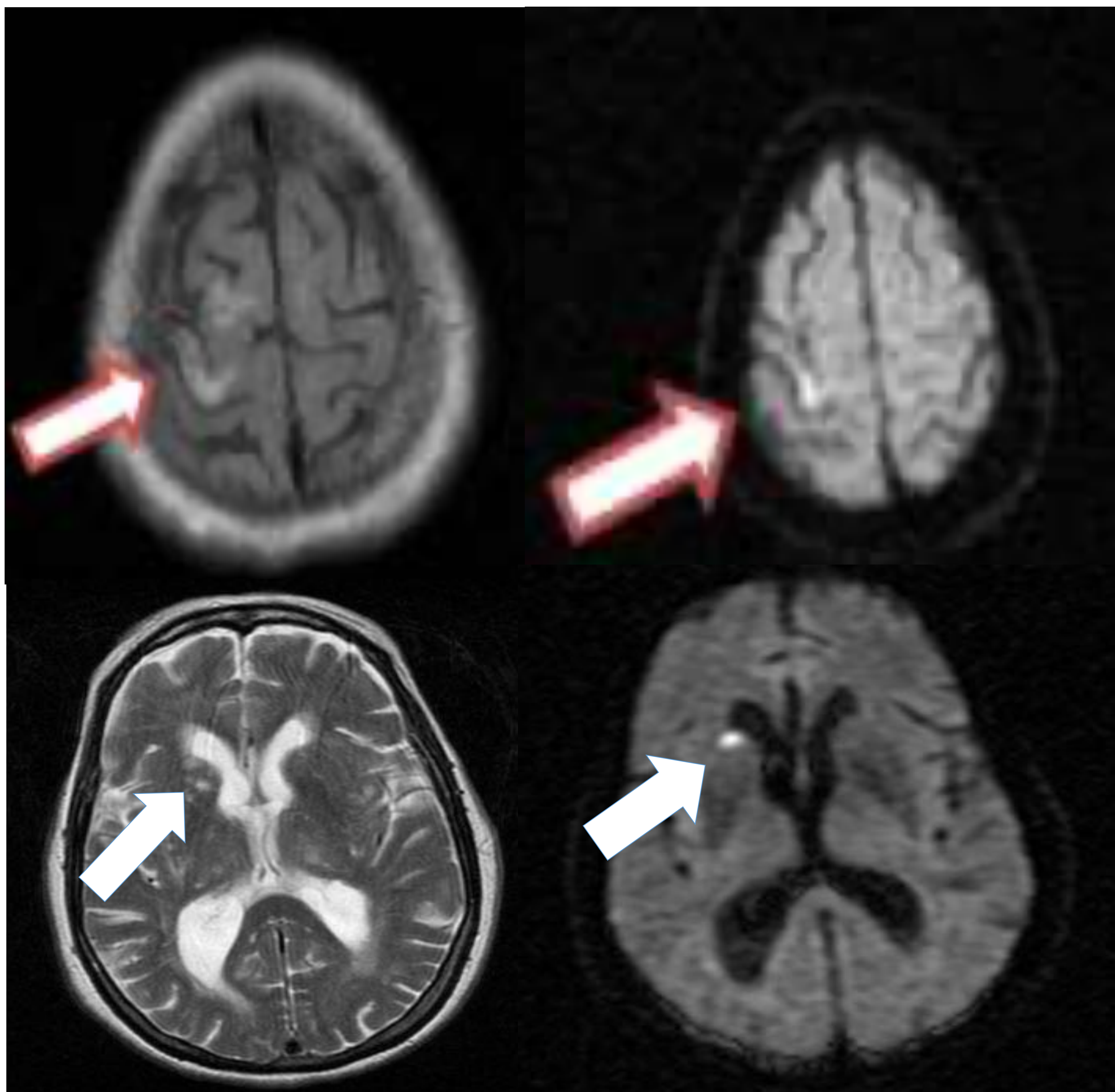


Figura 4.
RM secuencias T2/ FLAIR y DW-EPI: lesión difusión en cabeza de núcleo caudado y región cortical precentral superior derecha

RESULTADOS

CASO 5

- Mujer de 64 años, con antecedentes de HTA, diabetes mellitus tipo 2 insulino-dependiente, dislipemia. . Presenta episodios de repetición de pérdida de fuerza en mano derecha con hipoestesia del brazo derecho

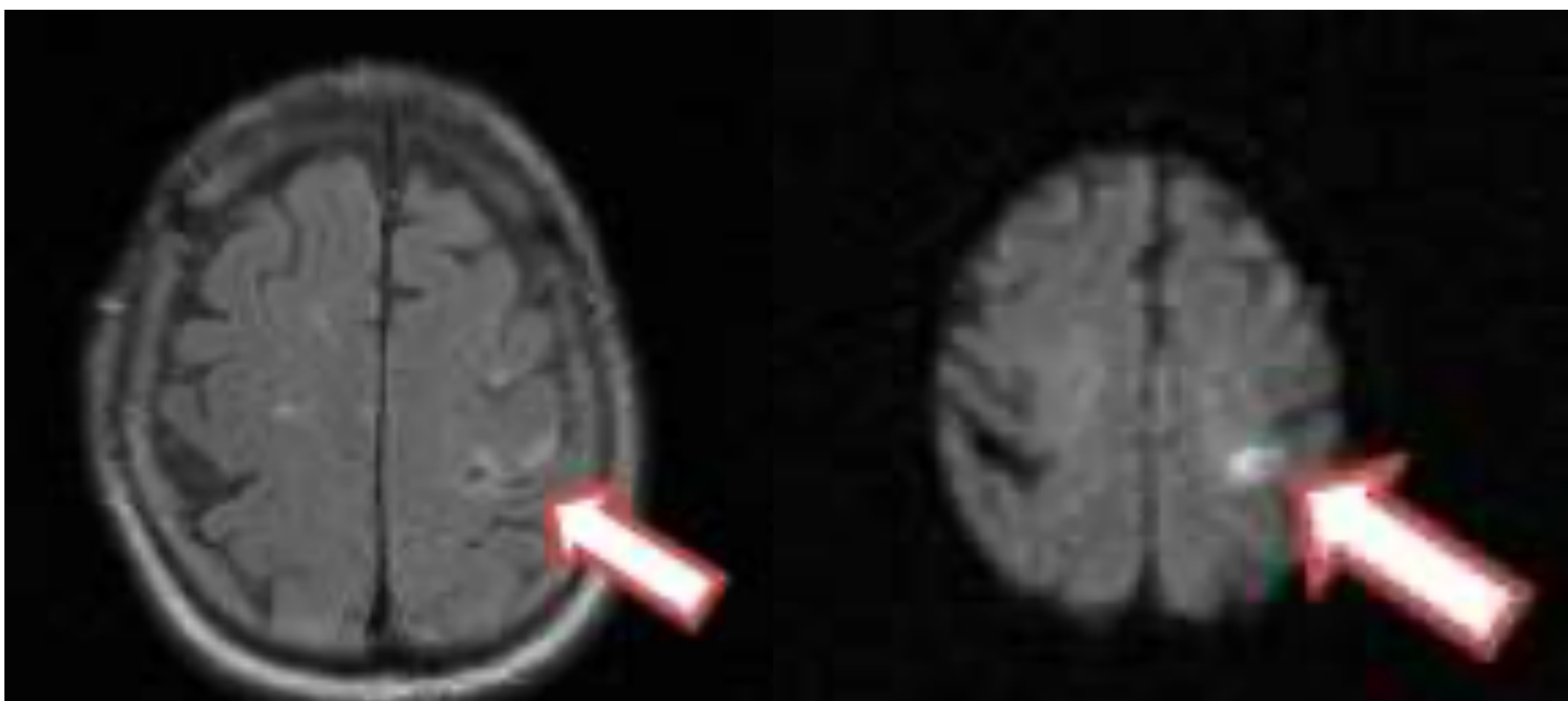


Figura 5.

RM secuencias T2/ FLAIR y DW-EPI : se aprecia pequeña lesión con restricción de la difusión hídrica a nivel subcortical frontal izquierdo

RESULTADOS

CASO 6

- Mujer de 80 años, antecedentes de HTA, DM tipo 2, dislipemia, accidente isquémico transitorio (AIT) vertebrobasilar previo
Presenta torpeza en extremidad superior derecha distal 3/4 junto con disartria y paresia facial central derecha

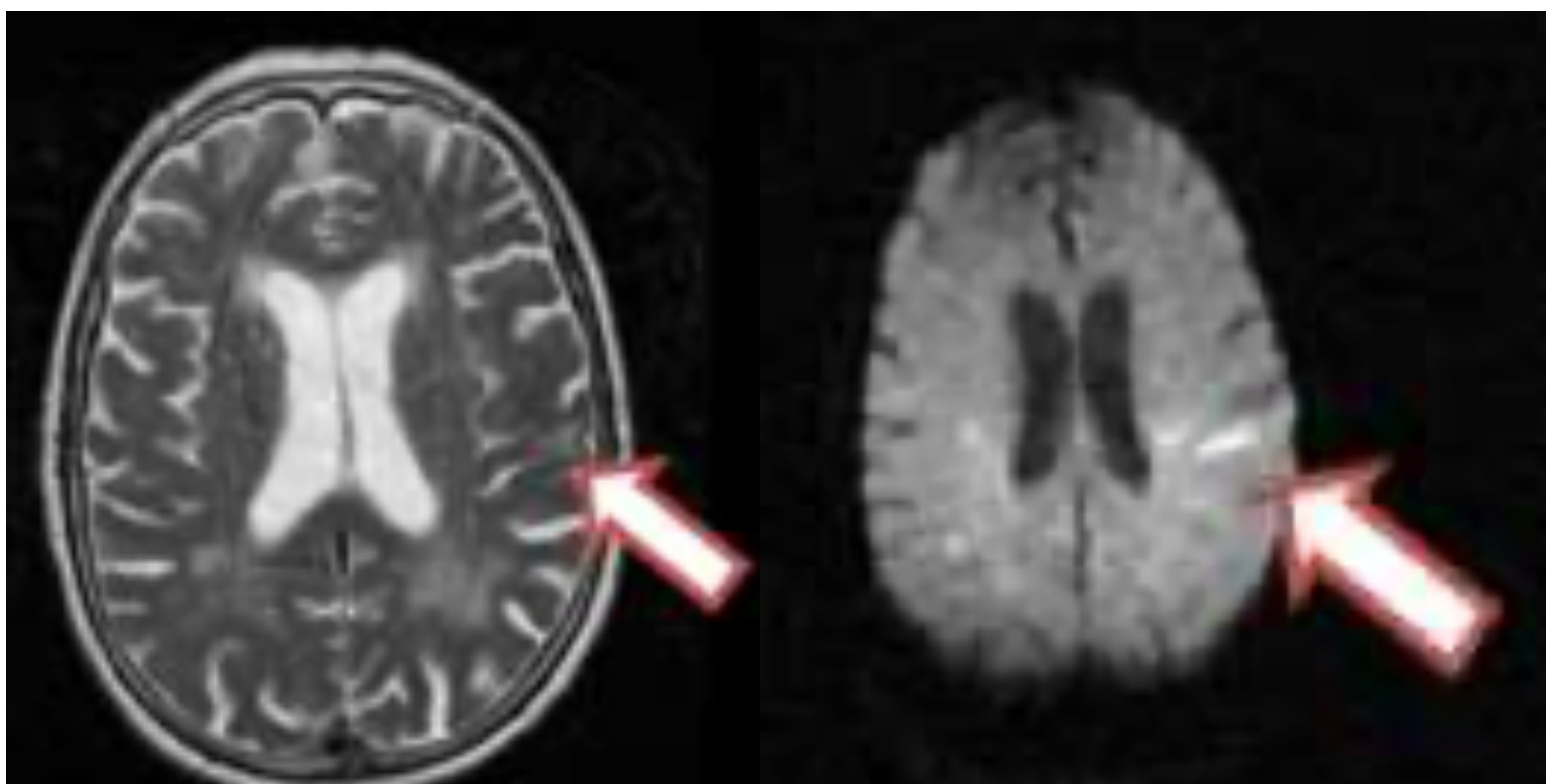


Figura 6.

RM secuencias T2/ FLAIR y DW-EPI: área de restricción de la difusión hídrica córtico-subcortical parietal izquierda, hiperintensa en T2 y Flair

RESULTADOS

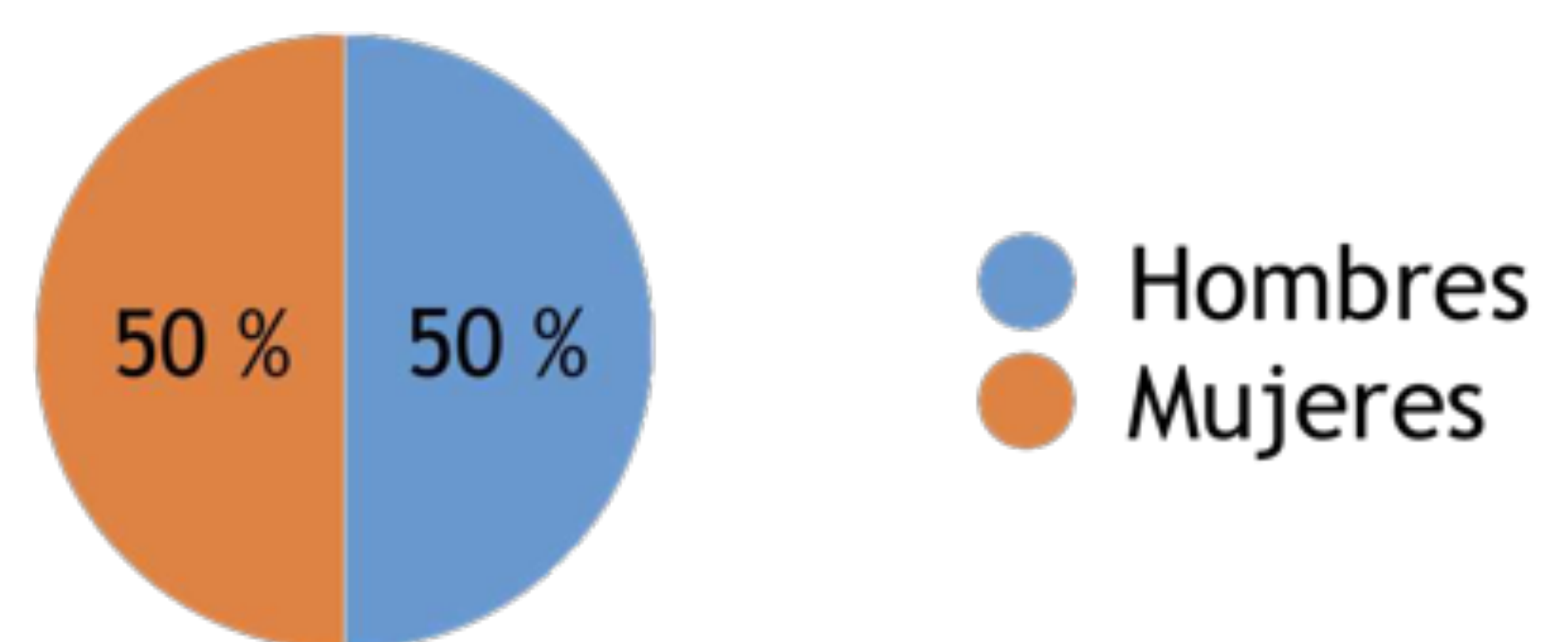
• ANÁLISIS DESCRIPTIVO

EDAD

- La edad media: 74 años.

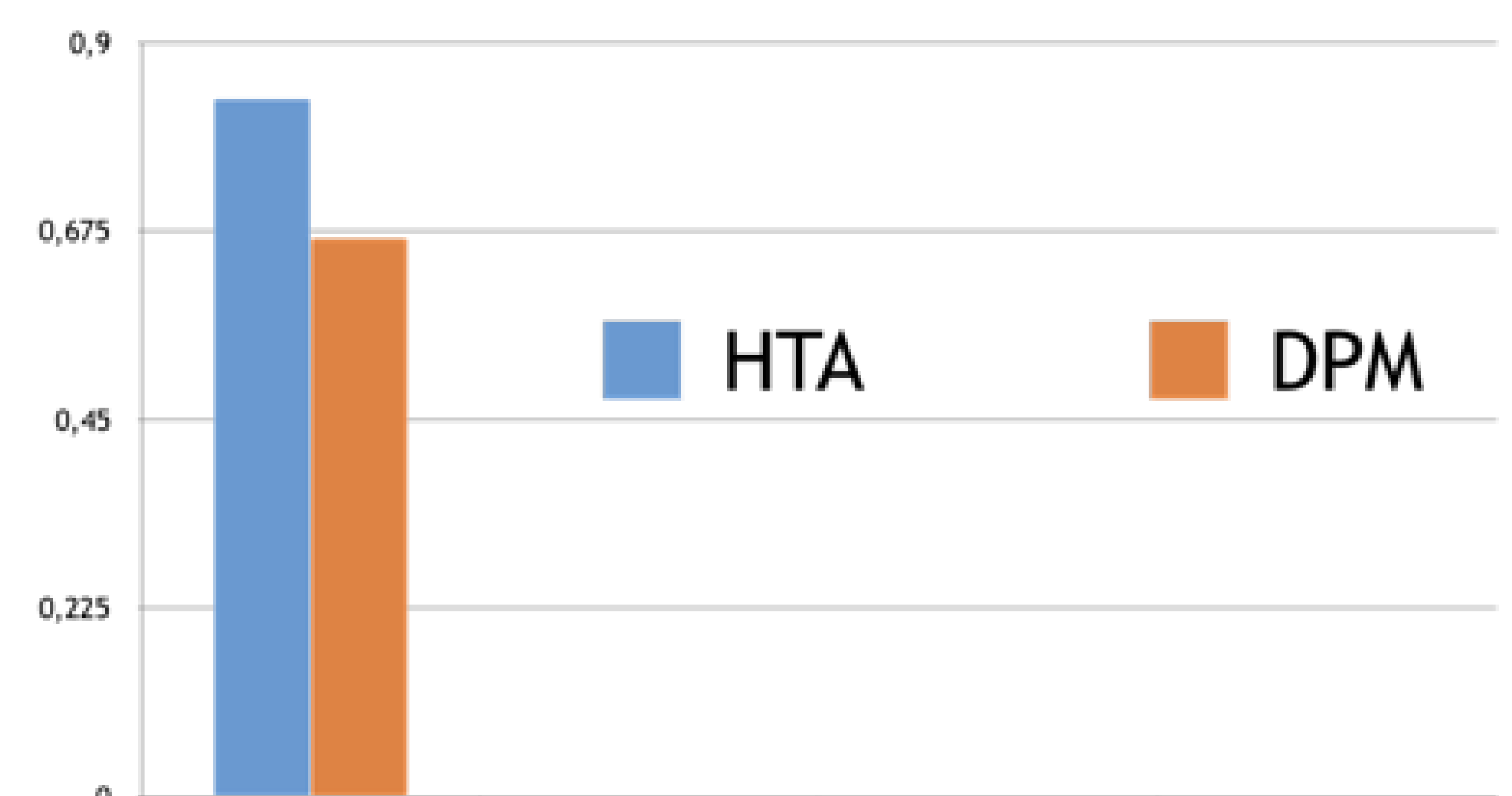
SEXO

- 3 Hombres
- 3 Mujeres



FACTORES RIESGO CARDIOVASCULAR

- 83.3 % Hipertensión arterial
- 66,6% Dislipemia



ANTECEDENTES DE ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO

- AIT Previo 16,6%
- No AIT previo 83,4%.

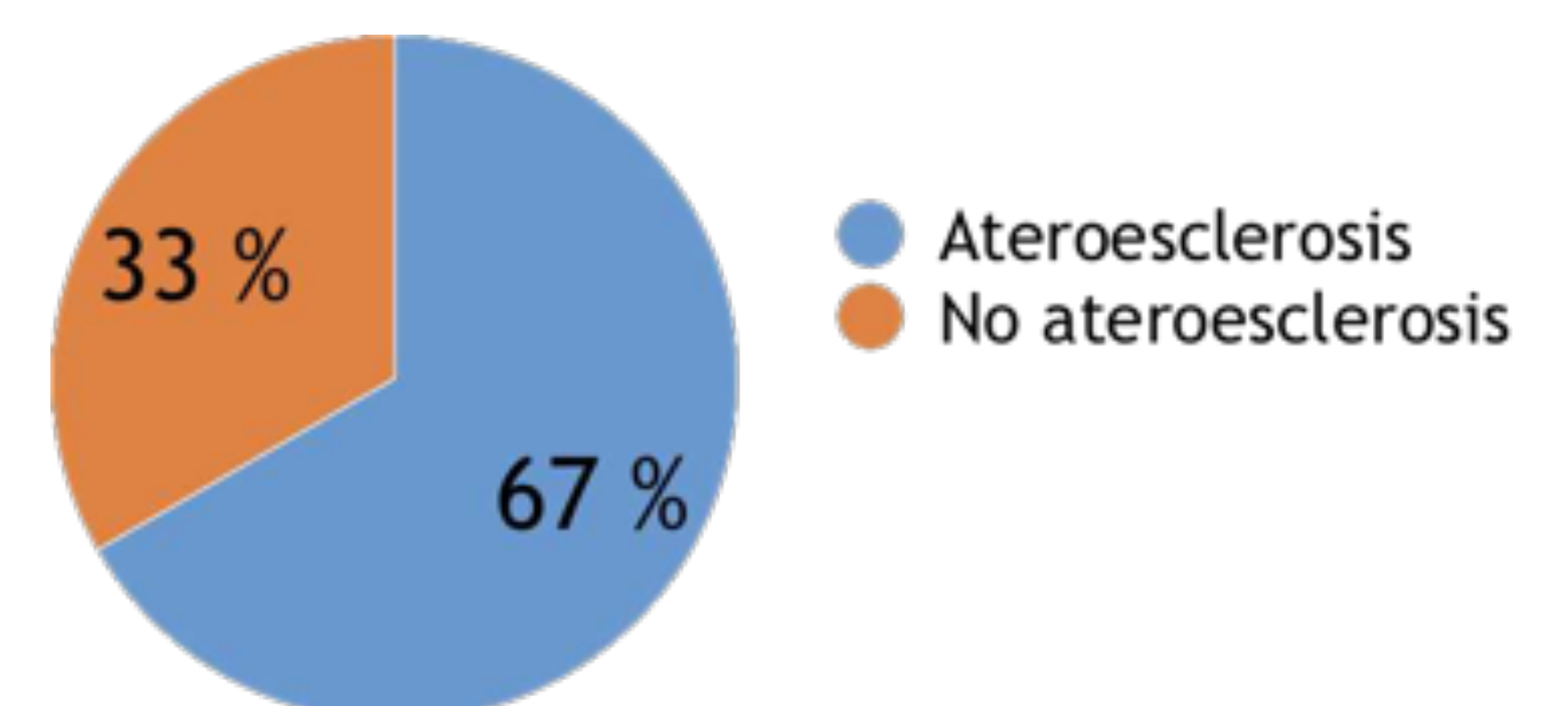


RESULTADOS

• ANÁLISIS DESCRIPTIVO

ATEROESCLEROSIS EN ESTUDIO NEUROSONOLÓGICO

- 66,6 % Ateroesclerosis positiva.
- 33,3 % Ateroesclerosis negativa.



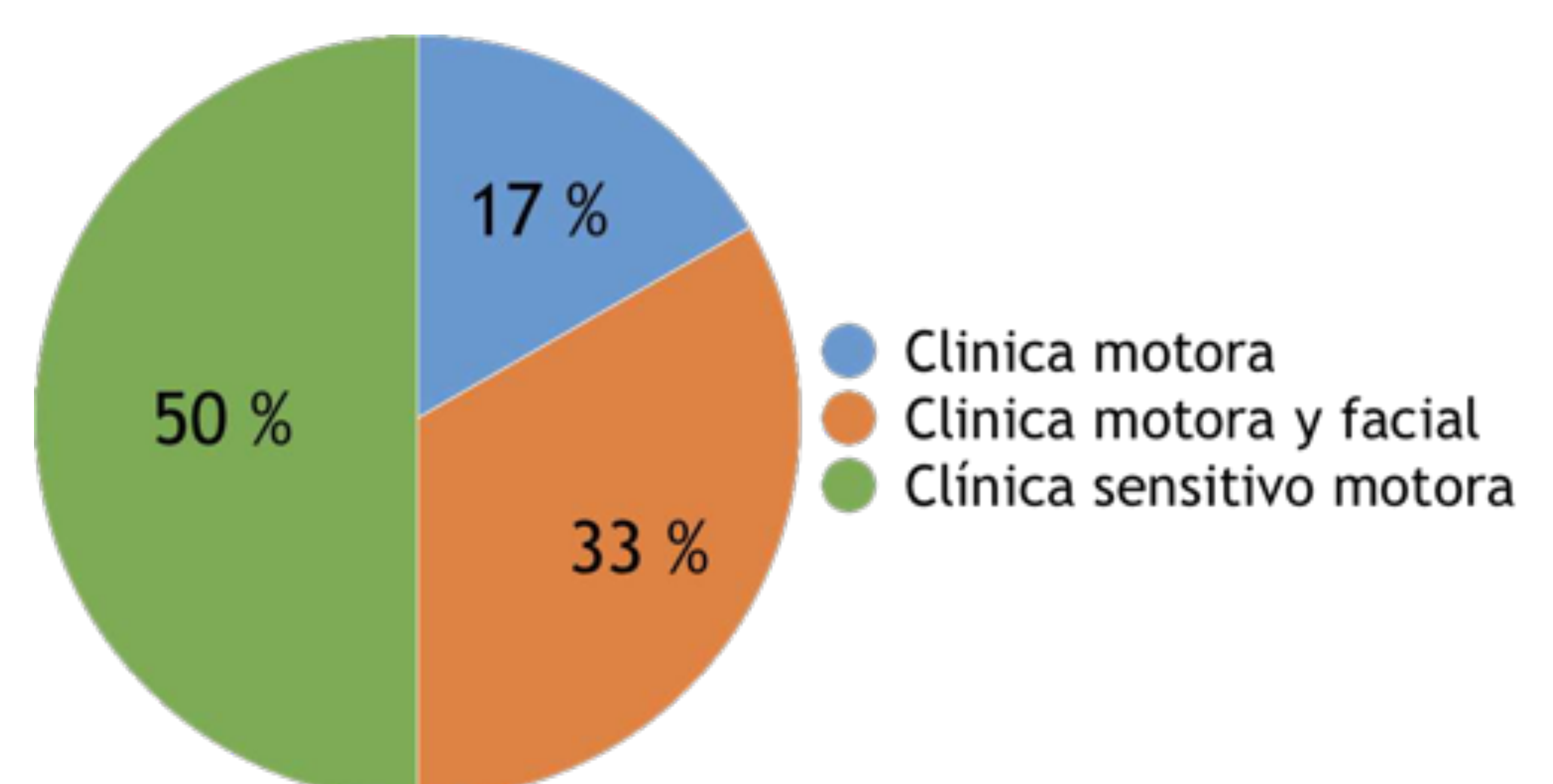
PARESIA DE LA MANO DERECHA/ IZQUIERDA

- 50% mano derecha
- 50% mano izquierda



CLINICA MOTORA/ SENSITIVA

- Clínica motora 16,7%
- Clínica motora y facial 33,3%
- Clínica sensitivo motora 50%



HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE RM

- 100% hallazgos patológicos










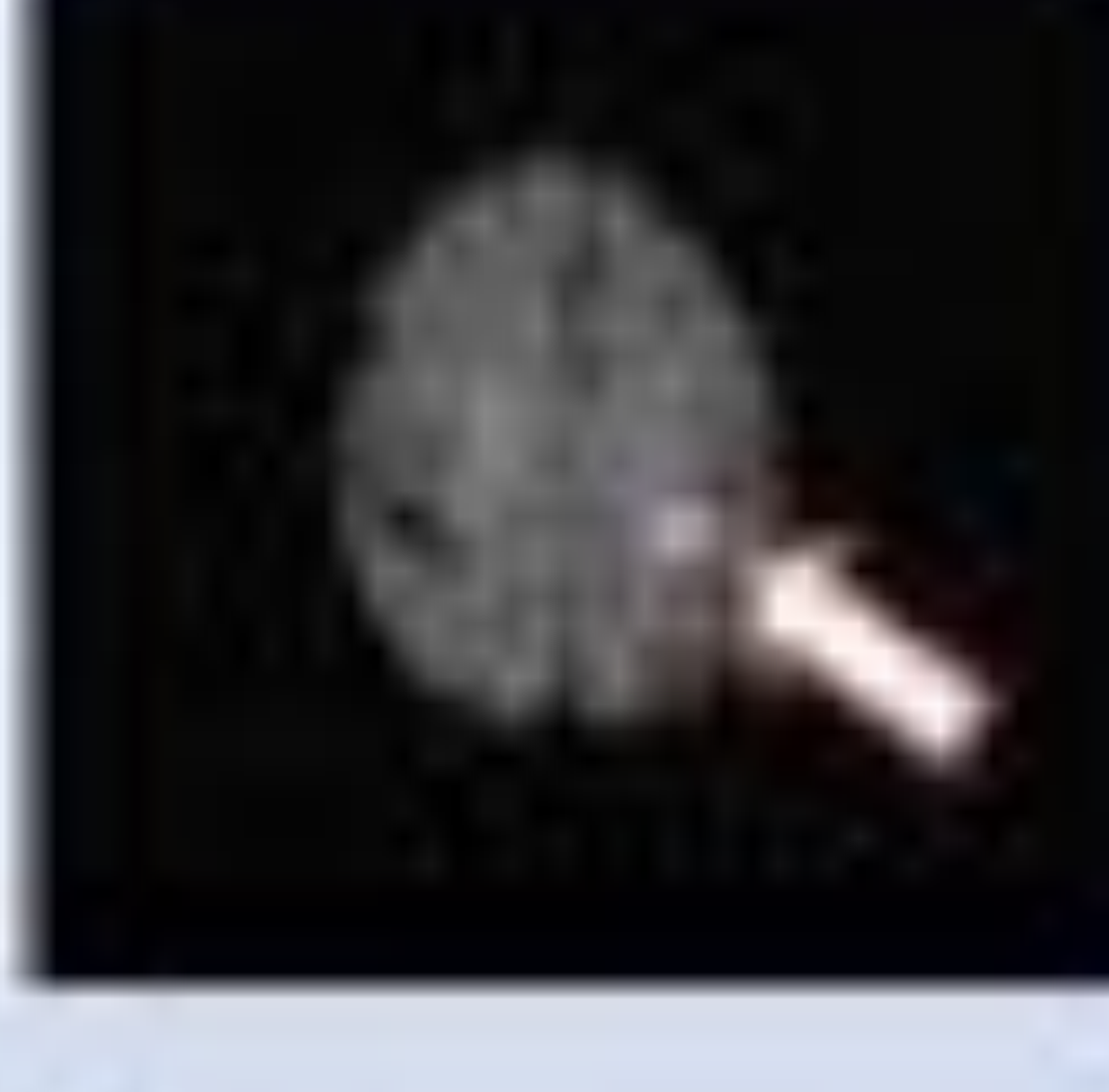

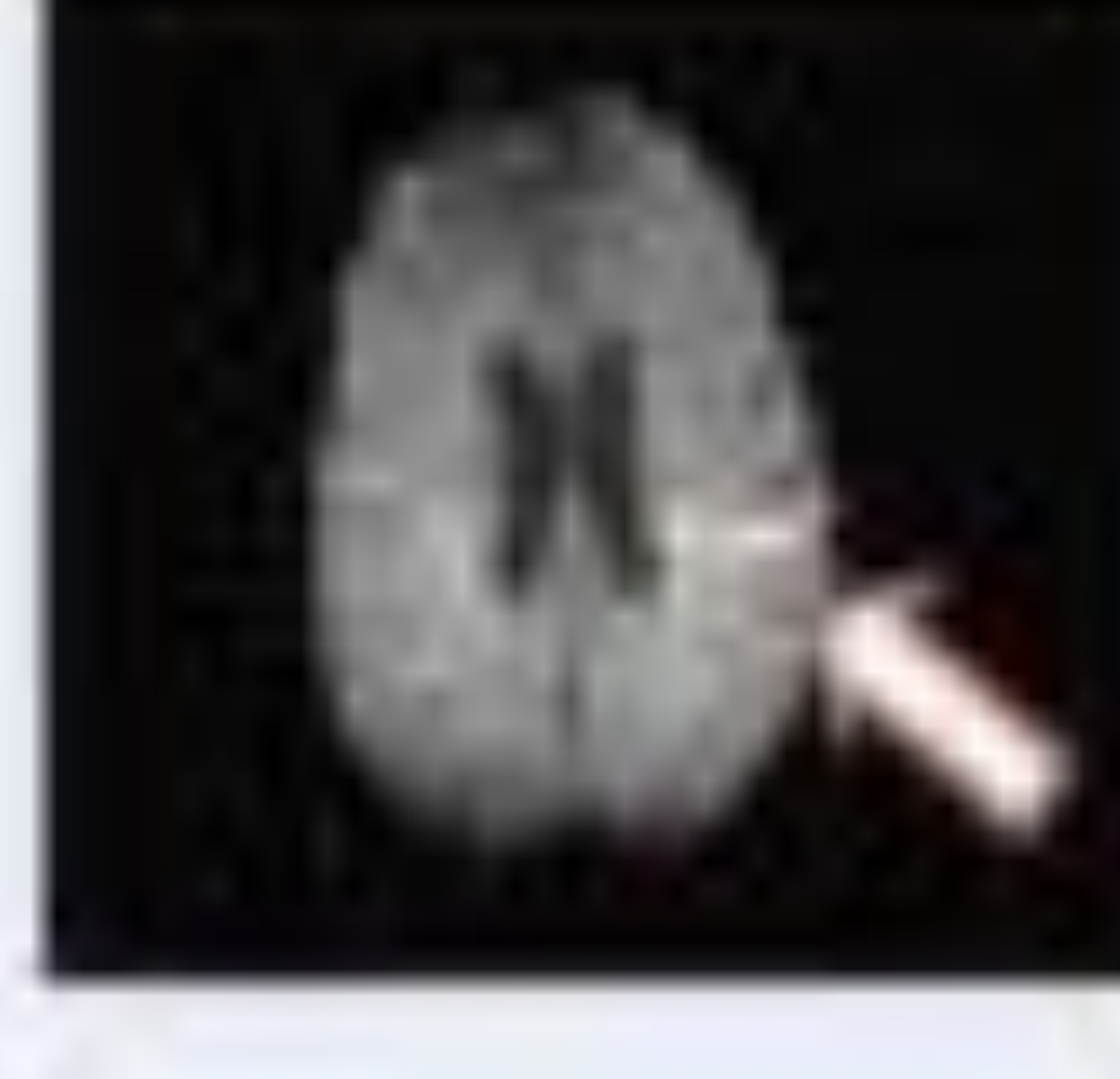
CASO	Imagen en secuencias	Imagen en secuencias
	T2 / FLAIR	DW-EPI
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Figura 7. Se muestran imágenes de resonancia magnética de los 6 pacientes, donde se visualizan lesiones hiperintensas en las secuencias ponderadas en T2 (caso 2 y 6) y en FLAIR (caso 1, 3, 4 y 5). En la siguiente columna se muestran las lesiones con restricción a la difusión en secuencias DW-EPI

CONCLUSIONES

- La parálisis aislada de la mano es una entidad clínica poco frecuente que a menudo es erróneamente diagnosticada como parálisis periférica.
- Las causas de este cuadro clínico no difieren a las del ictus isquémico: estenosis o disección carotídea, embolismo cardíaco, embolismo arterio-arterial o enfermedad de pequeño vaso.
- El giro precentral de la zona cortical correspondiente al área motora de la mano, aunque a diferencia de otras partes del cuerpo, existen segmentos corporales distribuidos ampliamente en otras regiones.
- La resonancia magnética con secuencias de difusión es la herramienta de elección para caracterizar este tipo de lesiones.
- Mediante resonancia magnética debemos buscar una imagen hiperintensa o con restricción a la difusión hídrica (según la secuencia) en forma de ϵ u ω características.

REFERENCIAS

- 1. Maqbool K. Fractional arm weakness as presentation of stroke due to posterior borderzone infarct: a report of two cases. *Ann Indian Acad Neurol* 2010; 13:302-304.
- 2. Kawabata Y, Miyaji Y, Joki H et al. Isolated Index Finger Palsy Due to Cortical Infarction. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2014; 23(10):475-476.
- 3. Goto H, Tanaka T, Momozaki N. Subcortical Infarction Causes Pure motor isolated finger palsy. *Intern Med.* 2013;52: 1283-1284.
- 4. Lee SJ. Recurrent Patent Foramen Ovale-Related Cerebral Infarcts Alternately Causing Bilateral Hand paresis. *Case Rep Neuro* 2017;9:210-215.
- 5. Kawasaki A, Suzuki K, Takekawa H et al. Isolated Shoulder palsy due to cortical infarction: a case report and literatura review of clinioradiological correlations. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2013; 22(8):687-690.
- 6. Uncini A, Caporale CM, Caulo M et al. Isolated shoulder palsy due to cortical infarction: localisation and electrophysiological correlates of recovery. *BMJ Case Rep.* 2009: 23.
- 7. Celbisoy M, Özdemirkiran T, Tokucoglu F et al. Isolated hand palsy due to cortical infarction: localization of the motor hand area. *The Neurologist.* 2013; 6: 376-378.
- 8. Tahir H, Daruwalla V, Meisel J et al. Pseudoradial Nerve Palsy Caused by Acute Ischemic Stroke. *J Investig Med High Impact Case Rep.* 2016: 1-4.