

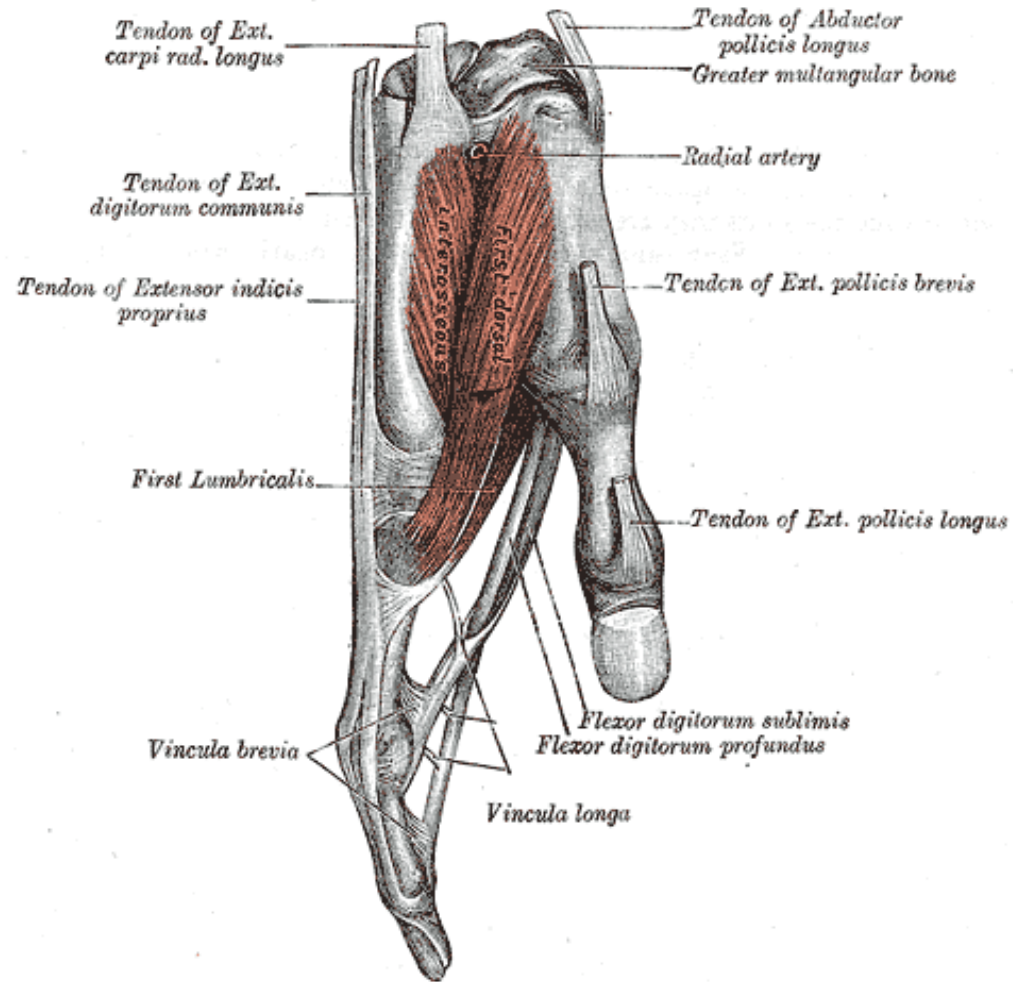
# DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE CON AMIOTROFIA DEL M. PRIMER INTERÓSEO DORSAL A propósito de 15 casos clínicos

*M. Fontoira y J Permuy*

*Servicio NFC. Hospital Montecelo. Complejo Hospitalario de Pontevedra*

Yadira Muñoz Alarcón  
Residente de 4º año Neurofisiología Clínica  
6 Noviembre 2017  
HGUA

# *Tendon of Ext. digitorum communis*



# *Tendon of Ext. pollicis brevis*



# Atrofia M. Primer interóseo Dorsal

- Reto Dx. Hallazgo común de muchas patologías
- Puede ser
  - *Motivo de consulta*
  - *Hallazgo incidental*
  - *Aparecer en el curso evolutivo de otra enfermedad.*
- Causas más frecuentes (pero no las únicas)
  - *Neuropatía cubital*
  - *Enfermedad de motoneurona (40%)*
- Signo clave para el diagnostico según el contexto clínico
- EMG indicado por su:
  - *Rapidez*
  - *Tolerabilidad*
  - *Bajo coste*
  - *Información que aporta*
- No da el Dx, pero las observaciones realizadas con esta prueba si son coherentes con la clínica permite confirmar o descartar el mismo.

# Posible localización de la noxa

## ■ Primera Motoneurona

### ■ Atrofia por deshuso:

- AP:AVC con paresia de MS
- No anomalías en SNP
- A veces max esf. Disminución sumación temporal de UM

## ■ Segunda Motoneurona

### ■ ELA

- AP: Lumbociatalgia aguda (RMN N)
- (Evolución compatible+criterios +) :Denervación patrón pseudopolineurítico

### ■ Síndrome Postpoliomielítico:

- Patrón neurógeno crónico Actividad denervativa ligera
- Fibrosis en algunos músculos (al insertar la aguja)
- Trazado de máxima contracción: simple
- Amplitud y duración aumentada

### ■ Mielopatía (C8-T1)

- AP: Fractura de 7a vertebra cervical+ tetraplejia con nivel C8-T1, descartar neuropatía compresiva
- Actividad denervativa muy abundante en dicho territorio bilateral
- Clínicamente hipoestesia territorio C8-T1 (No solo en territorio cubital)



## ■ Plexo braquial (Traumatismos/inflamatorios/Síndrome compresivos)

### ■ Raíces Nerviosas cervicales C8/T1

- *Antecedentes de artrosis cervical severa*
- *Signos neurogenos crónicos en dicho territorio*

### ■ Plexopatía braquial (C8/T1)

- *Antecedente traumatismo con caída en manos*
- *Descartar neuropatía periférica Mediano (APB)/cubital (AQD)/Radial(EIP)*
- *Pobre reclutamiento de UM en Ms. paréticos*
- *Actividad denervativa(2-3 sem tras noxa) en territorio C8/T1*
- *Controles: Desaparición actividad denervativa, aparición de actividad reinervativa (UM polifásicas inestables).*

### ■ Tronco inferior y cordón medial (Neuralgia amiotrófica/S. Parsonage-Turner)

- *Antecedente desencadenante días-semanas (Virus, Cx, inmunización)*
- *Actividad denervativa*
- *Signos de Pérdida de UM (Trazados de Máximo esfuerzo reducidos en Ms. Con atrofia)*

## ■ Tronco Nervioso (N. Cubital)

### ■ Localizadas: Sección traumática o Compresión

### ■ Difusas: Polineuropatías /mononeuropatía Múltiple

### ■ Clave:

- *Circunscripción de las parestesias/hipoestesia al territorio sensitivo del N. Cubital*
- *Palpación del nervio en el codo*
- *Balance Muscular*
- *Rama profunda del N cubital, no aparecen alteraciones sensitivas.*

## ■ Unión neuromuscular

- *Atrofia en casos graves y de larga evolución*

- Hallazgo clínico infrecuente
- EMG: Confirma existencia de trastorno de la UNM y Descarta otros procesos

## ■ Músculo (Miopatías de afectación distal)

- Enfermedad de Steinert (distrofia miotónica)
  - *Signos Miopáticos en Ms. Faciales y proximal*
  - *Descargas miotónicas en Primer interoseo dorsal*

## ■ Miscelánea

- Doble patología (cubital + Radiculopatía T1)
  - *EMG: Determina la gravedad de cada causa y responsabilidad en la producción de atrofia.*
- Amiotrofia de las manos asociada a sordera neurosensorial:
  - *Afecta a niños, Herencia AD, Amiotrofia de mano/antebrazo predominio cubital*
  - *EMG: Normal*
- Grave enfermedad/caquexia
  - *EMG: Ausencia de signos neurogénicos ni miopáticos.*

# Gracias

