



SITUACIONES CLÍNICAS

Síndrome de Parsonage Turner, a propósito de dos casos en atención primaria

N. Valle García^{a,*}, I. Aldaz Sola^a, G. Sánchez Sindín^a,
I. Martín Lesende^b y A. Herrero López^c

^aMedicina familiar y comunitaria, Centro de Salud Cotoño de Castro Urdiales, Cantabria, España

^bMedicina familiar y comunitaria, Centro de Salud San Ignacio, Bilbao, Vizcaya, España

^cMedicina familiar y comunitaria, Centro de Salud Bajo Pas, Cantabria, España

Recibido el 27 de octubre de 2009; aceptado el 2 de marzo de 2010

Disponible en Internet el 1 de junio de 2010

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Parsonage Turner;
Neuralgia amiotrófica;
Atención primaria

KEYWORDS

Parsonage Turner syndrome;
Amyotrophic neuralgia;
Primary care

Resumen

Se revisan 2 casos de neuritis braquial aguda diagnosticados en el ámbito de la atención primaria con el apoyo de la consulta especializada (traumatología y neumología) para la solicitud de estudios complementarios como la RMN. Ambos casos debutaron con dolor intenso de pocos días de duración, al remitir el dolor aparece la debilidad en el hombro afecto. Los estudios electrofisiológicos realizados (electromiograma) demostraron denervación aguda del plexo braquial. La recuperación fue prácticamente completa en el plazo aproximado de 12 meses.

© 2009 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

Parsonage Turner syndrome. Based on two cases seen in Primary Care

Abstract

Two cases of acute brachial neuritis diagnosed in primary care with the support of the specialized consultation (traumatology and pneumology) for the request of complementary studies such as nuclear magnetic resonance imaging (MRI) studies are reported. Both cases began with severe pain that disappeared after a few days. Following this, weakness appeared in the affected shoulder. The electrophysiological studies (electromyogram) showed acute denervation of the brachial plexus. Medical recovery was almost complete in both cases in approximately 12 months.

© 2009 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nicanorvalle@hotmail.com (N. Valle García).

Caso 1.º

Varón de 64 años que consulta por dolor intenso en hombro derecho de una semana de evolución con pobre respuesta al tratamiento con AINES y analgésicos. No refiere traumatismos previos. En la exploración se comprueba que la movilización pasiva del hombro es normal y el dolor no se modifica con los movimientos, no refiere parestesias en la zona afectada. Se realizan radiografías de hombro que son normales, columna vertebral cervical con diagnóstico de artrosis y disminución de los espacios articulares C6-7 y C7-D1 y radiografía de tórax que es normal. Siete días más tarde, con la remisión del dolor se objetiva una pérdida de fuerza en hombro y extremidad superior derecha, limitación para la elevación y abducción del brazo y asimetría muscular periescapular con atrofia en el lado derecho (fig. 1); no se observan parestesias.

Con la clínica de dolor previo, pérdida de fuerza y amiotrofia en hombro derecho se sospecha una neuritis braquial aguda y se remite al traumatólogo (especialidad más accesible en nuestro medio) para completar el estudio y confirmación diagnóstica con pruebas complementarias como la resonancia magnética nuclear (RMN) y el electromiograma (EMG).

RMN de hombro: cambios degenerativos en la articulación acromioclavicular y signos de tendinosis en supra e infraespinoso; no roturas tendinosas. RMN cervical: cervicoartrosis desde C3-4 hasta C6-7. EMG: denervación aguda importante en todos los músculos del territorio C5-6 derecho.

Se confirma el diagnóstico de neuritis braquial aguda o síndrome de Parsonage Turner.

El tratamiento fue fundamentalmente rehabilitador con recuperación prácticamente completa en 12 meses.

Caso 2.º

Mujer de 34 años que consulta por dolor en hombro derecho de 15 días de evolución, rebelde al tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos, si bien en



Figura 1 Asimetría muscular periescapular con atrofia en el lado derecho.

los últimos días el dolor remite casi completamente y en la exploración destaca una limitación funcional y pérdida de fuerza en la extremidad superior derecha; también se objetiva amiotrofia periescapular.

La radiografía de hombro es normal, la radiografía de columna cervical muestra disminución de los espacios articulares C5-6 y C6-7 y el EMG describe signos de lesión neurógena aguda en serrato anterior derecho; los hallazgos son compatibles con neuralgia amiotrófica. Se trató con rehabilitación siendo el EMG prácticamente normal con signos de reneuvación del serrato anterior en los 10 meses siguientes.

Trece años más tarde, consulta por disnea de 3 meses de evolución que se va haciendo progresiva; en la radiografía de tórax se descubre una elevación de hemidiafragma derecho no conocida previamente. Se deriva a neumología donde se realiza tomografía axial computarizada (TAC) torácica con el resultado de elevación del hemidiafragma derecho sin otros hallazgos patológicos, pruebas de función respiratoria como espirometría y volúmenes pulmonares que son normales y EMG con resultado de nervio frénico izquierdo normal y signos compatibles con un bloqueo de la conducción del nervio frénico derecho. Se diagnostica de parálisis del nervio frénico derecho idiopática.

Nos planteamos la posibilidad de una relación entre la neuritis amiotrófica y la parálisis idiopática del nervio frénico; como nexo de unión diremos que el nervio frénico surge de la unión de ramas que salen de las astas anteriores de C3, C4 y C5 y que C5 tiene una rama de comunicación con el plexo braquial.

Comentarios

El síndrome de Parsonage Turner o neuralgia amiotrófica o neuritis braquial aguda idiopática es una neuritis de etiología aún no establecida que afecta predominantemente a los músculos proximales de la cintura escapular^{1,2}, la afectación bilateral se ha descrito en un 25% de casos² y a veces el proceso presenta recurrencias aunque esto ocurre en menos del 5% de los casos. Su incidencia se calcula en 1.6/100.000 habitantes³, aunque puede ser mayor por infradiagnóstico. Hay mayor incidencia en varones, de 2/1 hasta 11,5/1 y el rango de edad es amplio, entre 12-65 años.

La etiología es desconocida^{4,5}; se ha asociado a infecciones víricas⁴ (gripe, citomegalovirus, VIH), bacterianas (*Borrelia Burgdorferi*), procesos autoinmunes (vacunas⁴, arteritis de la temporal), tras intervenciones quirúrgicas⁵, adictos a heroína y a la actividad física intensa con el desencadenante de un proceso vírico o de hipersensibilidad¹⁰.

La presentación clínica más típica es dolor intenso autolimitado en el hombro que puede irradiar por cara lateral del brazo y región cervical; el dolor se puede mantener hasta 3 semanas y generalmente, después de disminuir el dolor se observa paresia y amiotrofia regional. Los nervios más afectados son el axilar, supraescapular, torácico largo y musculocutáneo; en algunos casos pueden afectarse simultáneamente otros plexos nerviosos y nervios como el frénico que se ve afectado hasta en un 6,6% de los síndromes de Parsonage Turner⁶. El electromiograma es hoy el método diagnóstico fundamental⁷ y actualmente, en la

Tabla 1 Diagnóstico diferencial del síndrome de Parsonage Turner

Los más habituales son: Lesión del manguito de los rotadores, síndrome de atrapamiento y tendinitis cálcica.

Otras causas de diagnóstico diferencial:

- **Articulares:** Capsulitis adhesiva, bursitis subacromiodeltoidea, artritis inflamatorias, artritis sépticas, artritis microcristalinas, artrosis
- **Oseas:** Neoplasias, Paguet, osteomielitis, traumatismos, necrosis avascular
- **Neurológicas:** Atrapamiento de nervio periférico, lesión de nervio periférico, lesión medular, de raíces nerviosas de origen cervical, algiodistrofia
- **Otras:**
 - Pulmón: Tumor de Pancoast, neumotórax, pleuritis, tromboembolismo pulmonar
 - Cardiovasculares: Disección aortica, cardiopatía isquémica, vasculitis, aneurismas
 - Digestivas: Pancreatitis, colecistitis

resonancia magnética nuclear se pueden ver cambios que reflejan la presencia de edema y atrofia de la musculatura afectada⁸.

El diagnóstico diferencial se debe hacer con procesos de dolor agudo asociado a paresia (ver [tabla 1](#)).

El tratamiento inicial consiste en analgésicos para disminuir la intensidad de los síntomas. El uso de corticoides en la fase aguda se apoya en la posible base neuroalérgica del proceso pero no influye en la evolución de la paresia⁹. Posteriormente el tratamiento consiste en la rehabilitación con el objetivo de conseguir la movilidad completa y estimular la contracción muscular. En general la recuperación es completa y se da entre los 8–12 meses aunque se puede prolongar más en pacientes con afectación más distal¹⁰.

Conclusiones

Como resumen diremos que el síndrome de Parsonage Turner, a pesar de ser poco frecuente (probablemente exista un infradiagnóstico), debemos de incluirlo en el diagnóstico diferencial del hombro doloroso, patología muy relevante en atención primaria sobre todo si se asocia a pérdida de fuerza y atrofia muscular. La clínica y el electromiograma son de gran ayuda para la confirmación diagnóstica y la rehabilitación es fundamental para conseguir una buena recuperación que suele ser completa en un plazo de 8–12 meses.

Bibliografía

1. Muse L, Contreras O. Síndrome de Parsonage Turner o neuritis braquial. *Rev Chil Radiol.* 2003;9:137–9.
2. González Reimers E, Ruiz Lacambra J, López García J, Rodríguez Gaspar M, Muñoz Montes JL, Santolaria Fernández F. Dolor y amiotrofia en miembros superiores en una paciente cirrótica afecta del mal de Pott. *An Med Interna (Madrid).* 2005;22:79–81.
3. Beghi E, Kurland L, Mulder D, Nicolasi A. Brachial plexus neuropathy in the population of Rochester, Minnesota, 1970–1981. *Am Neurol.* 1985;18:320–3.
4. Tsairis P, Dyck PJ, Muldr DW. Natural history of brachial plexus neuropathy: report on 99 patients. *Arch Neurol.* 1972;27:109–17.
5. Vallejo Maroto I, Montes Latorre E, Giraldez Gallego A, Jiménez Macías FM, Herrera Justiniano JM. Neuralgia amiotrófica (síndrome de Parsonage Turner) de presentación bilateral en una paciente intervenida por abdomen agudo. *Rev Clin Esp.* 2003;203:310.
6. van Alfen N, van Engelen BG. The clinical spectrum of neuralgic amyotrophy in 246 cases. *Brian.* 2006;129:438–50.
7. James JL, Miles DW. Neurologic amyotrophy a clinical and electromyographic study. *Brit Med J.* 1966;2:1042–3.
8. Ryan M, Twair A, Nelson E, Brennan D, Eustace S. Whole body magnetic resonance imaging in the diagnosis of Parsonage Turner syndrome. *Acta Radiol.* 2004;45:534–9.
9. Fink GR, Haupt WF. Neuralgic amyotrophy (Parsonage Turner syndrome) following streptokinase thrombolytic therapy. *Dtsch Med Wochenschr.* 1955;120:959–62.
10. Vanermen B, Aertgeerts M, Fabry G. The Parsonage Turner syndrome. Discussion of clinical features with a review of 8 cases. *Acta Orthop Belg.* 1991;57:414–9.