



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/2490 - Diagnóstico diferencial de la omalgia

J. Ordiñana Sanchís^a, A. Cuquerella Senabre^b, J.J. Mont Adam^c y J.C. Montalvá Barra^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva. Valencia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva. Valencia. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Villanueva de Castellón. Valencia. ^dMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 57 años de edad, sin antecedentes patológicos ni tóxicos. Agricultor. Hace unos meses inicia cuadro de 2-3 días de evolución de dolor en hombro izquierdo y en zona cervical, que le impide el descanso nocturno. Asocia posteriormente pérdida de fuerza junto con dificultad para coger peso y se añade atrofia muscular con pérdida de masa. No clínica sensitiva. Actualmente el dolor ha cedido pero no tiene apenas fuerza. Visto en mutua, donde se solicitó Rx y RM de hombro, normales, por lo que se le dio el alta, acude a nuestra consulta por no mejoría.

Exploración y pruebas complementarias: Atrofia de deltoides, bíceps y tríceps, con fasciculaciones. Reflejos disminuidos en EESS. Fuerza: 4/5 en deltoides izquierdo, 4/5 extensión codo izquierdo, 3-4/5 flexión codo izquierdo. No alteración sensitiva. ACP: tonos rítmicos, sin soplos. MVC, sin ruidos sobreañadidos. Analítica: hemograma, bioquímica, coagulación, proteinograma y autoinmunidad normales. Rx tórax: sin hallazgos patológicos. RM plexo cervical/braquial: rectificación lordosis cervical, signos de discopatía degenerativa multinivel, protrusión discal multinivel, sin compromiso foraminal. Alteración de señal en músculo serrato anterior izquierdo, hiperintensa en T2 y STIR. EMG: moderado patrón neurógeno crónico en músculos dependientes de raíces C5-D1 izquierdas, con predominio de afectación y moderados signos de denervación activa aguda en miotomas C5 y C6 izquierdas. Tras diagnóstico de neuritis braquial, se pauta tratamiento con pregabalina y prednisona vo y rehabilitación, con mejoría progresiva hasta completa resolución del cuadro.

Juicio clínico: Síndrome de Parsonage-Turner.

Diagnóstico diferencial: Osteoarticulares: lesión del manguito de los rotadores, tendinitis cálcica, capsulitis adhesiva, bursitis subacromiodeltoidea, artrosis, artritis (inflamatoria, séptica, microcristalina). Neurológicas: atrapamiento o lesión del nervio periférico, hernia discal, ELA. Pulmonares: neumotórax, pleuritis, tumor de Pancoast. Cardiovasculares: disección aórtica, cardiopatía isquémica, vasculitis.

Comentario final: El SPT es una plexopatía braquial inflamatoria inespecífica que afecta a los músculos proximales de la cintura escapular. Los nervios más afectados son el axilar, el supraescapular, el torácico largo y el musculocutáneo. Aunque la causa es desconocida, se han propuesto varios factores precipitantes: agentes infecciosos bacterianos (*Borrelia burgdorferi*) o virales (VIH, VEB, parvovirus B19, CMV, gripe), procesos autoinmunitarios, estrés quirúrgico, ejercicio físico extenuante, adicción a heroína, traumatismos. La presentación típica se basa en un dolor intenso y agudo del hombro, que a menudo irradia a la región cervical o a la extremidad superior. Tras unos días, se describe la paresia del miembro afectado y atrofia

muscular. El diagnóstico está basado en la historia clínica, exploración física y exploraciones complementarias, siendo el EMG el método diagnóstico fundamental, que mostrará una denervación aguda derivada de una neuropatía axonal. El tratamiento está enfocado a disminuir la intensidad de los síntomas con analgésicos o corticoides. Posteriormente, la inmovilización y la rehabilitación ayudan a conseguir la movilidad completa y estimular la contracción muscular, con buen pronóstico a largo plazo. A pesar de ser poco frecuente (1,6/100.000 habitantes), el SPT debe incluirse en el diagnóstico diferencial del hombro doloroso, patología muy relevante en Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. González C, Caballero I. Síndrome de Parsonage-Turner. AMF 2015;11(3):179-80.
2. Briceño Procopio F, Rodríguez Montero SA. Síndrome de Parsonage-Turner. Revisión bibliográfica. Semin Fund Esp Reumatol. 2010;11(4):144-51.