



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1489 - SÍNDROME Parsonage Turner

J. Jiménez Gallardo^a, L.A. Palenzuela Rodríguez^b, M. Sánchez-Agesta Martínez^c, R.J. Reyes Vallejo^d, F.F. Fernández Rodríguez^e, J. García Cintas^d, L. Ojeda López^a y M. Gutiérrez Soto^g

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almodóvar del Río. Córdoba. ^bMédico Adjunto. Centro de Salud Almodóvar del Río. Córdoba. ^cMédico de Nefrología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba. ^eMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Sur. Córdoba. ^gMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Guadalquivir. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 47 años que acude a consulta de su MAP por dolor en el hombro derecho, parestesias e impotencia funcional del mismo, acompañado de atrofia muscular evidente. El cuadro se desarrolla en apenas dos semanas.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente consciente y orientado. No signos meníngeos, no rigidez de nuca. Pares craneales sin déficit o focalidad. Movilidad y sensibilidad de los miembros conservada exceptuando el miembro afecto, con imposibilidad muy marcada para el movimiento y atrofia. Se realiza: exploración activa sistemática del hombro (flexión-extensión, aducción-abducción, rotación interna-externa) siendo muy limitada. Electromiografía: músculos supraespino, infraespino y deltoides con abundantes fibrilaciones, ondas positivas y ausencia de potenciales de unidad motora. Signos compatibles con neuralgia amiotrófica de la cintura escapular derecha.

Juicio clínico: Síndrome de Parsonage-Turner. El síndrome de Parsonage Turner es una rara entidad que cursa con neuritis braquial aguda de predominio en cintura escapular (rara vez en cintura pélvica u otras localizaciones), que suele tener una presentación unilateral y su etiología es aún desconocida (vírica, autoinmunidad, sobrecarga regional intensa, intervención quirúrgica, etc.). Incidencia de 1,6 casos/100.000 habitantes y de predominio en varón. Suele presentarse con clínica inicial de dolor intenso en hombro de aparición brusca, de corta evolución (desde pocos días a 2-3 semanas) y que disminuye hasta casi desaparecer. Típicamente se asocia desde su inicio a una paresia y atrofia posterior de los músculos dependientes de los nervios afectados que se mantiene durante meses y que suele recuperarse de modo espontáneo en menos de un año. El tratamiento inicial consiste en analgesia para reducir el dolor. Se ha descrito el uso del tratamiento corticoideo, que mejoró el dolor en la fase aguda, aunque no mejora en la paresia posterior. Posteriormente el tratamiento consiste en rehabilitación hasta la normalización funcional del hombro. La recuperación será completa en la mayor parte de los casos, ocurriendo ésta en los meses posteriores. En algunos pacientes no se ha descrito mejoría completa hasta pasado el año.

Diagnóstico diferencial: Lesión del manguito de los rotadores, capsulitis adhesiva, tendinitis cálcica, tumores de médula espinal o plexo braquial y lesiones neurales compresivas de origen traumático.

Comentario final: Como conclusión final, exponemos que aunque para la confirmación diagnóstica es imprescindible la electromiografía, la exploración sistemática inicial de la cintura escapular, junto a la anamnesis, puede orientar el cuadro de modo determinante evitando en un primer momento exploraciones y derivaciones innecesarias (“síndrome subacromial”).

BIBLIOGRAFÍA

1. Helms CA, Martínez S, Speer KP. Acute brachial neuritis (Parsonage-Turner syndrome): MR imaging appearance-report of three cases. Radiology. 1998;207:255-9.
2. Spillane J. Localized neuritis of the shoulder girdle: a report of 46 patients in the MEF. Lancet. 1943;2:532-5.
3. Parsonage M, Turner J. Neuralgic amyotrophy: the shoulder-girdle syndrome. Lancet. 1948;973-8.
4. Turner JWA, Parsonage MJ. Neuralgic amyotrophy (paralytic brachial neuritis) with special reference to prognosis. Lancet. 1957;2:209-12.
5. Beghi E, Kurland LT, Mulder DW, Nicolosi A. Brachial plexus neuropathy in the population of Rochester, Minnesota. Ann Neurol. 1985;18:320-3.
6. James JL, Miles DW. Neurologic amyotrophy, a clinical and electromyographic study. Brit Med J. 1966;2:1042-3.
7. Helms CA, Martínez S, Speer KP. Acute brachial neuritis (Parsonage-Turner syndrome): MR imaging appearance-report of three cases. Radiology. 1998;207:255-9.
8. Fink GR, Haupt WF. Neuralgic amyotrophy (Parsonage-Turner Syndrome) following streptokinase thrombolytic therapy. Dtsch Med Wochenschr. 1995;120:959-62.