



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/689 - Hombro doloroso, ¿una patología banal?

J.M. Madeira Martins^a, J. Cuevas Cruces^a, J. López Moreno^b, F. Leiva-Cepas^c, C. Pavón Perejón^d y P. Menéndez Sagrado^e

^aMédico Residente. Unidad de Gestión Clínica Fuensanta. Córdoba. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Aeropuerto. Córdoba. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^eMédico de Familia. Centro de Salud de la Fuensanta. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 55 años que acude a consulta por cuadro de dolor en hombro derecho de una semana de evolución que cede parcialmente con AINEs y que se acompaña de progresiva dificultad para la movilización del mismo, no otra sintomatología asociada salvo cuadro catarral en la semana previa.

Exploración y pruebas complementarias: Destaca dolor a la movilización generalizada activa y pasiva de dicho hombro, mínima asimetría muscular más evidente en región interescapular y en trapecio en comparación con hombro contralateral y discreta disminución de ROT. Se solicita una Rx de hombro derecho que resultó normal, acudiendo el paciente de nuevo a la consulta refiriendo empeoramiento clínico con impotencia funcional, parestesias que se irradian hacia tercio distal de MSD, dolor en región cervical ipsilateral y marcada atrofia muscular. Se solicita posteriormente ecografía de hombro derecho y analítica completa con vitamina B12 y reactantes de fase aguda, las cuales resultan normales, por lo que, se decide derivación a CCEE de Neurología, donde, se solicita EMG de miembro superior derecho, RMN de hombro derecho y de columna cervical donde destacan respectivamente signos de cervicoartrosis en C5C6 y signos degenerativos de articulación acromioclavicular, bien como, un patrón de denervación aguda importante en todos los músculos del territorio C5C6 derecho. Ante la sospecha clínica se inició con tratamiento analgésico y rehabilitador con mejoría progresiva del cuadro.

Juicio clínico: Síndrome de Parsonaje Turner.

Diagnóstico diferencial: Patología del manguito de los rotadores; cervicobraquialgia; radiculopatía compresiva; tumores de médula espinal/plexo braquial y ELA.

Comentario final: El MAP debe considerarlo en el diagnóstico diferencial del Hombro doloroso, especialmente cuando cursa con impotencia funcional y amiotrofia.

Suele haber el antecedente de cuadro infeccioso en las semanas previas, por lo que, una vez más la historia clínica es fundamental para el diagnóstico de este síndrome además de la exploración clínica y en la electromiografía.

Bibliografía

1. Muse L, Contreras O. Síndrome de Parsonage Turner o neuritis braquial. Rev Chil Radiol. 2003;9:137-9.
2. Turner JWA, Parsonage MJ. Neuralgic amyotrophy (paralytic brachial neuritis) with special reference to prognosis. Lancet. 1957;2:209-12.
3. Helms CA, Martínez S, Speer KP. Acute brachial neuritis (Parsonage-Turner syndrome): MR imaging appearance report of three cases. Radiology. 1998;207:255-9.

Palabras clave: Neuritis. Braquial. Omalgia. Denervación. Electromiografía.