

347/1458 - UN HOMBRO DOLOROSO CON EVOLUCIÓN FUERA DE LO COMÚN

O. Muñoz Martínez^a, M. Ordás Criado^b, C. Parramón Castillo^c y M. Almarza^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lavapiés. Madrid. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Madrid. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Lavapiés. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Hombre, 28 años. Miopericarditis idiopática hace 2 años, sin hábitos tóxicos, vida activa, camarero. Refiere omalgia derecha desde hace un mes, intensa, en reposo pero aumentando con movilización. Niega traumatismo o sobresfuerzo previo. Sin otros síntomas asociados. Cede progresivamente en diez días. Tras dos semanas aprecia progresivamente pérdida de fuerza y de volumen muscular en hombro, dorsales y cuello derechos.

Exploración y pruebas complementarias: Atrofia muscular de esternocleidomastoideo y trapecio derechos, debilidad en extensión 4/5. Resto sin hallazgos. Derivamos a neurología. Realizan TAC cuello y hombro y RMN cerebral, sin alteraciones. El EMG describe neurotmesis parcial del accesorio espinal derecho, atrofia del trapecio, moderados signos de denervación activa y reinervación reciente leve.

Orientación diagnóstica: Afectación del nervio espinal accesorio derecho, a descartar como posibilidades potencialmente graves el origen compresivo tumoral, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, miopatía.

Diagnóstico diferencial: Tendinitis o artritis, cervicobraquialgia, herpes. Síndrome Parsonage Turner, neuralgia supraescapular, gran torácico o síndrome de la abertura torácica superior. Plexopatía aguda infecciosa: Lyme, VIH, sífilis. Tumores: Intracraneales, médula espinal, plexo, osteomuscular regional, linfoma. Síndrome paraneoplásico. Miopatía. Esclerosis lateral amiotrófica. Esclerosis múltiple.

Comentario final: Neuropatía de espinal accesorio idiopática: El espinal accesorio inerva esternocleidomastoideo y trapecio, esenciales para estabilizar el hombro. Su afectación es iatrogénica (las más frecuentes) tras biopsia de ganglios cervicales o cirugía local, por lesión traumática o raramente de origen idiopático, como el de nuestro paciente. La pérdida sensorial no es característica por ser un nervio motor puro. Puede presentar dolor por tracción en plexo braquial. Podemos apreciar aleteo escapular. El tratamiento en nuestro paciente fue conservador, de rehabilitación, con buena evolución.

Bibliografía

1. Biller J. Approach to the patient with upper extremity pain, paresthesias, and entrapment neuropathies. Practical neurology, 4th ed. Maywood: Jose Biller; 2012.
2. Rutkove SB. Brachial plexus syndromes. UpToDate, 2018. Disponible en: <https://www-uptodate-com.bvcscm.a17.csinet.es/contents/brachial-plexus-syndromes>

3. Seward B Rutkove. Overview of upper extremity peripheral nerve syndromes. UpToDate, 2018. Disponible en: <https://www-uptodate-com.bvcscm.a17.csinet.es/contents/overview-of-upper-extremity-peripheral-nerve-syndromes>
4. Gentchos EJ. Isolated Peripheral Nerve Lesions of the Brachial Plexus Affecting the Shoulder Joint. The University of Pennsylvania Orthopaedic Journal. 1999;12:40-4.

Palabras clave: Omalgia. Debilidad. Nervio espinal.