

347/2243 - EN BUSCA Y CAPTURA DE LA CAUSA

E. Rodríguez Marco^a, M. Sarvise Mata^b, M. Rocca Jiménez^c y M. Simón Serrano^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentes Norte. Zaragoza. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almozara. Zaragoza. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero La Paz. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Hombre, 66 años sin alergias. Fuma 20 cigarrillos/día. Hipertenso, dislipémico, EPOC. Acude al centro de salud por episodios repetidos de hemoptisis de días de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: Ante la clínica se solicita: analítica: sin alteraciones. Rx tórax ambulatoria: masa pulmonar hiliar izquierda. Con los resultados de la Rx se procede al ingreso hospitalario para completar estudio. Fibrobroncoscopia: oclusión del bronquio del LII con atelectasia completa. TAC: masa hiliar LII con extensión endobronquial al bronquio principal izquierdo. Biopsia: carcinoma células grandes. PET-TAC: hipercaptación masa hilar izquierda. Dos meses tras la cirugía acude de nuevo al centro de salud por inicio de forma brusca de dolor en hombro y brazo izquierdo con los movimientos, asociando impotencia funcional. No traumatismo previo. Cede parcialmente con analgesia. Solicitamos ambulatoriamente: analítica de sangre con reactantes fase aguda: sin alteraciones. Rx hombro izquierdo normal. RMN columna cervical y plexo braquial: señal hipertensa en T2 en músculo supraespínoso. EMG: signos denervación activa en deltoides, infra y supra-espínoso.

Orientación diagnóstica: Síndrome Parsonage-Turner. Neuralgia amiotrófica.

Diagnóstico diferencial: Desgarros manguito rotador, artritis hombro, tendinitis calcificante.

Comentario final: Neuritis aguda plexo braquial. Incidencia 1,5/100.000 habitantes/año. Predomina en sexo masculino 20-60 años. Causas hereditarias e idiopáticas (50% infecciones vías/bacterianas, procesos inflamatorios o cirugías). Dolor intenso de inicio súbito en hombro de predominio nocturno. Dura horas-semanas desapareciendo repentinamente pudiendo dejar dolor residual. Posteriormente pérdida fuerza en elevación y abducción hombro y finalmente atrofia muscular. Afectación más frecuente en deltoides. Buen pronóstico. Recurrencias 26%. Tratamiento: analgésicos, inmovilización, rehabilitación y corticoides en fase aguda.

Bibliografía

1. Fernández Valdivieso E, Montesinos Sanz S, Diez Lázaro C. Síndrome de Parsonage-Turner. Atención primaria. 2007;39(11).
2. Úbeda Pérez de Heredia I, Montañés Uceda AJ, Sobrá Hidalgo GA, et al. Amiotrofia neurálgica bilateral. A propósito de un caso y revisión bibliográfica. Trauma Fund MAPFRE. 2013;24:209-11.

3. Briceño Procopio F, Rodríguez Montero Sergio A. Síndrome de Parsonage-Turner. Revisión bibliográfica. *Semin Fund Esp Reumatol.* 2010;11(4):144-51.

Palabras clave: Cáncer de pulmón. Plexo braquial. Síndrome Parsonage-Turner.