

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

424/257 - PLEXITIS BRAQUIAL, UNA ENFERMEDAD FRECUENTEMENTE INFRAIDIAGNOSTICADA

Á. Parra Oses¹, L. Maraví Álvarez², O. Madrazo Beriain³ y E. Arbizu Fernández³

¹Médico de Familia. Centro de Salud Iturrama. Pamplona. Navarra. ²Médico de Familia. Servicio Urgencias Extrahospitalarias. Pamplona. Navarra. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Iturrama. Pamplona. Navarra.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 60 años, sin antecedentes de interés, consulta en atención primaria por episodio de dolor agudo de hombro derecho de inicio súbito, sin traumatismo previo y de predominio nocturno. Inicialmente tratado con analgesia convencional. Un mes después el paciente consulta nuevamente por pérdida de fuerza y debilidad del hombro.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración destaca una asimetría muscular periescapular con atrofia de lado derecho. Se objetiva dificultad elevación y abducción de miembro superior y reflejos hipoactivos sin apreciarse fasciculaciones. Se deriva a Neurología para realización de pruebas complementarias por sospecha de neuritis de plexo braquial. Se realiza resonancia magnética apreciando acentuación de lordosis cervical, esclerosis interespinal de C4-C6 y espondiloartrosis de C4-C6. Posteriormente se hace electromiograma que muestra una denervación aguda.

Orientación diagnóstica: Síndrome de Parsonage-Turner o plexitis braquial.

Diagnóstico diferencial: Se plantea con: Cuadros de dolor agudo del hombro: Capsulitis, desgarros del manguito, tendinitis, osteopatías, cervicobraquialgias, herpes. Cuadros de debilidad muscular progresiva o atrofia: tumores médula espinal o del plexo braquial, S. Pancoast, S. del desfiladero torácico, Poliomielitis o ELA.

Comentario final: El síndrome Parsonage-Turner es una neuritis del tronco superior del plexo braquial infrecuente que debemos incluir en el diagnóstico diferencial de hombro doloroso sobre todo si se asocia atrofia muscular. De etiología desconocida, se han descrito factores desencadenantes (infecciosos, procesos autoinmunes, cirugía, traumatismos). Su sospecha clínica es muy importante, por eso debemos explorar al paciente para poder orientar el diagnóstico. Éste inicialmente clínico, se apoya en la resonancia magnética (aparecen señales hiperintensas derivadas del edema muscular) y el electromiograma (demuestra denervación del plexo braquial). El pronóstico en general es favorable, aunque de recuperación lenta. Requiere tratamiento analgésico y/o esteroides en fase aguda y posteriormente tratamiento rehabilitador.

Bibliografía

- Briceño F, Rodríguez S. Síndrome de Parsonage-Turner. Revisión bibliográfica. Semin. Fund. Esp Reumatol. 2010;11(4):144-51.

-
2. Muse R Luis, Contreras O Oscar. Síndrome de Parsonage-Turner o Neuritis Braquial. Rev Chil Radiol. 2003;9:137-9.

Palabras clave: Omalgia aguda. Neuritis braquial. Amiotrofia.