

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

424/3210 - RAZONAMIENTO CLÍNICO A PARTIR DE UNA BRAQUIALGIA

N. Martín Salvador¹, C. Martínez Badillo², C. García Iglesias³ y G. Bermejo Alonso⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Circunvalación. Valladolid.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Rondilla. Valladolid.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Medina del Campo. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 63 años, con antecedente de herniorrafia inguinal. Consultó por dolor en hombro derecho y cara posterior de brazo y antebrazo derechos, sin antecedente traumático ni sobreesfuerzo. Posteriormente, al cabo de una semana se instauró debilidad de predominio distal en miembro superior derecho.

Exploración y pruebas complementarias: Ausencia de lesiones cutáneas, movimientos activos y contrarresistencia de hombro derecho conservados. Hipotrofia y fasciculaciones en territorio de C7 y C8 derechos, debilidad 1/5 en la aducción de pulgar derecho y 3º y 4º interóseos, ligera debilidad en la oposición del pulgar derecho. Reflejos hipoactivos y simétricos. Se realizó analítica (iones normales, CK 364 U/l) y radiografía cervical y de hombro derecho (sin signos de patología ósea aguda). Ante exploración neurológica alterada, se solicitó interconsulta con carácter preferente a Neurología. Se practicó estudio electromiográfico, que mostraba afectación crónica severa de tronco inferior de plexo braquial derecho, con ausencia de criterios de enfermedad de motoneurona. RMN cervical con cervicoartrosis multinivel.

Orientación diagnóstica: Neuralgia amiotrófica con afectación de tronco inferior de plexo braquial derecho.

Diagnóstico diferencial: Hombro doloroso (lesión del manguito de los rotadores, Síndrome de atrapamiento, capsulitis adhesiva), espondilosis cervical, hernia discal cervical, tumores de médula o plexo braquial, esclerosis lateral amiotrófica, poliomielitis, herpes zoster, braquialgia estática parestésica.

Comentario final: Algunas patologías, por su menor frecuencia, no forman parte de nuestra hipótesis diagnóstica inicial, pero no deben olvidarse cuando aquellas más frecuentes no explican el cuadro clínico. En el caso expuesto, la sospecha inicial de braquialgia derivó en una entidad infradiagnosticada e infrecuente. Puede ser hereditaria (10%), o la forma idiopática o síndrome de Parsonage-Turner (90%). Más frecuente en varones, en la cuarta década de la vida. La clínica característica de dolor intenso de inicio agudo o subagudo localizado en hombro, sin antecedente traumático previo, con resolución espontánea a medida que se instaura la debilidad y atrofia de la musculatura inervada por el plexo braquial (más frecuente la afectación de tronco superior), puede hacernos pensar en esta entidad, aunque el diagnóstico es de exclusión. Recuperación completa en el 70% de los pacientes con tratamiento sintomático, en tiempo variable dependiendo del grado de compromiso nervioso.

Bibliografía

1. Bromberg MB. Brachial plexus síndromes. UpToDate. 2019.

Palabras clave: Plexo braquial. Neuralgia amiotrófica. Síndrome Parsonage-Turner.