



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 424/3148 - SÍNDROME DE PARSONAGE-TURNER EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Galindo Cantillo<sup>1</sup> y J. López Aranda<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Zafra. Badajoz, <sup>2</sup>Médico de Familia. UGC Ribera del Muelle en Puerto Real. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 65 años que acude a consulta de medicina familiar por dolor en ambos hombros de inicio súbito, no traumático y sin rigidez. No presenta dolor en cintura pélvica ni rigidez. No ha estado enferma recientemente y tampoco ha presentado fiebre. Sin antecedentes de interés. Se le administra analgesia y se espera evolución. Semanas después, acude de nuevo porque presenta pérdida de fuerza en miembros superiores y persiste la clínica inicial. Se pauta tratamiento corto corticoideo, que no da buen resultado, y rehabilitación. Se deriva a neurología para estudio. En unos 10 meses, la paciente muestra incapacidad total para la movilización de los miembros superiores, lo que le crea una gran dependencia y merma su calidad de vida.

**Exploración y pruebas complementarias:** Debilidad a la abducción, a la retropulsión contra resistencia y a la flexo-extensión del antebrazo. Dolor a la realización de los movimientos. Atrofia muscular del deltoides, bíceps y tríceps. No pérdida de fuerza en ambas manos. Se realiza electromiograma de los miembros superiores, dando como resultado afectación axonal-desmielinizante del plexo braquial bilateral, con afectación del nervio axilar, musculocutáneo y radial. Denervación espontánea en reposo de los músculos deltoides, bíceps y tríceps. Esta enfermedad no dispone de tratamiento específico pero debemos tratar los síntomas que produce. La paciente precisa de analgésicos, sobre todo al comienzo de la enfermedad. En la consulta le recomendamos ejercicios (aunque ya acude a rehabilitación) para la movilidad articular, de cara a que pueda valerse por sí misma dentro de sus posibilidades. Se le pregunta por su estado anímico, cómo se desenvuelve en su vida diaria, dificultades, necesidades... aunque ella lleva bastante bien su enfermedad, no debemos descuidarnos.

**Orientación diagnóstica:** Distrofia de la cintura escapular. Síndrome de Parsonage-Turner.

**Diagnóstico diferencial:** Distrofia de la cintura escapular. Síndrome de Parsonage-Turner. Polimialgia reumática.

**Comentario final:** Se conoce que a los tres años de iniciado el cuadro, un tercio de los pacientes muestran dolor crónico y dos tercios déficit funcional. La tasa de recurrencia es del 26%. Nuestra paciente inició el cuadro hace 12 meses, se encuentra con dolor y grave déficit motor con atrofia muscular. En vistas de una posible recuperación, debemos cuidar no solo de la esfera física, sino también la mental.

### Bibliografía

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

**Palabras clave:** Parsonage Turner. Polimialgia reumática. Omalgia. Cintura escapular. Distrofia escapular. Plexo braquial.