

377/28 - DOCTOR, NO SIENTO MI BRAZO

J. Martínez de Mandojana Hernández¹, J. Capón Álvarez¹, L. González Coronil², V. Lumbreras González¹, N. Esaa Caride³, V. Ruiz Larrea⁴, J. León Reguera⁵, Á. Díaz Rodríguez⁵.

¹Médico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. ²Médico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. León. ³Médico Residente de 4^o año de Oftalmología. Hospital El Bierzo. León. ⁴Médico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. ⁵Médico de Familia. Centro de Salud Bembibre. León.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 52 años, sin antecedentes de interés, acude a urgencias por braquialgia derecha de presentación aguda e inicio punzante en región posterior de hombro ipsilateral, con irradiación a hombro, brazo y mano derecha, debilidad global y adormecimiento distal. No factores desencadenantes, a la llegada presenta poca respuesta a analgésicos habituales.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 36 °C. TA: 130/85 mmHg. FC: 90 lpm. Sat O₂: 96%. BEG. COC. NC. NH. ACR: rítmica, sin soplos, MV conservado, no ruidos sobreañadidos. ABD: blando, no doloroso, RHA presentes. Neurológico: destaca hipoestesia comparativa distal mano derecha, con hipoalgesia borde interno de antebrazo y mano. Disminución comparativa de fuerza en mano derecha. ROT presentes. RCP flexores, coordinación y resto de exploración neurológica normal. Soplo leve aorta abdominal. Analítica: Hemograma, estudio de coagulación y bioquímica sin alteraciones relevantes. ECG: RS, no alteraciones de la repolarización. RX. tórax: normal. AngioTC torácico aórtico normal. Se descarta lesión en aorta visible. RNM columna cervical y plexo braquial derecho: se objetiva un discreto engrosamiento de fibra nerviosa al tercio inferior del plexo braquial derecho con discreto edema de músculos subescapular, sin otros hallazgos relevantes respecto a patología compresiva, así como tampoco alteraciones en canal cervical que importen sobre médula ni compromiso radicular. Estudio neurofisiológico: descenso moderado de amplitud de potencial de acción motor de los nervios mediano y cubital derechos con conservación de valores de velocidad de conducción, presentando el resto de parámetros de conducción motora y sensitiva, así como EMG, sin alteraciones patológicas relevantes.

Juicio clínico: Plexitis braquial idiopática recurrente (síndrome Parsonage Turner).

Diagnóstico diferencial: Hérpes Zóster, cervicobraquialgia, artritis de hombro, radiculopatía compresiva, tumores de plexo braquial, disección arteria cervical y ELA.

Comentario final: El Síndrome de Parsonage-Turner (SPT) o Plexitis Braquial, es una neuritis principalmente del tronco superior del plexo braquial, siendo bilateral en un 25% de los casos. La forma típica es de origen desconocido (aunque se ha descrito asociación con factores desencadenantes y coexiste en ocasiones con procesos inmunes). Es una enfermedad rara pero es necesario tenerla en cuenta en cuadros de dolor en región proximal de miembros superiores cuando se asocian síntomas o signos neuromusculares. Pronóstico, por lo general, favorable con una recuperación del 75% de los pacientes a los dos años del debut. El tratamiento es

sintomático con analgésicos y con medidas físicas y rehabilitadoras.

Bibliografía

Briceño F, Rodríguez SA. Síndrome de Parsonage-Turner. Revisión bibliográfica; Semin Fund Esp Reumatol. 2010; 11 (4): 125-164.