



## Medicina de Familia. SEMERGEN



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

### 262/342 - PERO DOCTORA, ¿QUÉ ME PASA EN LA ESPALDA?

M. Guevara Salcedo<sup>a</sup>, B. Borzdynska Michalska<sup>b</sup>, A. Hernández Domínguez<sup>a</sup>, R. Coma Nieto<sup>c</sup> y M. Quintanilla Santamaría<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Reyes Magos. Alcalá de Henares. Madrid.<sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis Vives. Alcalá de Henares. Madrid.<sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Reyes Magos. Alcalá de Henares. Madrid.<sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Reyes Magos. Alcalá de Henares. Madrid.

#### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 39 años que acude a la consulta por notar dolor brusco en hombro y trapecio izquierdos, con limitación de los movimientos del hombro derecho. El dolor le comenzó sin realizar aparente esfuerzo, tras levantarse de la siesta. Había acudido a urgencias del Hospital de Denia (donde estaba de vacaciones), donde le diagnosticaron de hombro doloroso. Había tomado 5 días antiinflamatorios, sin mejoría.

**Exploración y pruebas complementarias:** Asimetría dorsal, con limitación para la movilidad de hombro derecho para la flexión, que bascula la escápula derecha y aletea. Fuerza conservada. Resto anodino. Analítica de sangre: normal. CK normal. RMN columna cervical: protrusiones posterocentrales desde C3 a C6 con estrechamiento y asimetría de forámenes, con más afectación del lado izquierdo. RMN columna dorsal: hernias de Schmorllen, cuerpos vertebrales centrales bajo de columna dosal. EMG (septiembre/2016): no alteración a nivel del nervio axilar, supraescapular y escapular dorsal. Lesión axonal parcial del nervio torácico largo derecho de grado moderado. No se observan datos compatibles con radiculopatía del MSD. EMG (diciembre 2016): serratos anteriores con mejoría notable. Se evidencian potenciales de amplitud y duración aumentada, polifásicos, reinervativos crónicos a nivel del Serrato anterior derecho.

**Juicio clínico:** Lesión axonal parcial del nervio torácico largo grado moderado.

**Diagnóstico diferencial:** Contractura muscular. Fractura escapular. Escápula alada. Lesión radicular de C6 o C7. Miopatías.

**Comentario final:** El nervio torácico largo es un nervio motor puro, dependiente de las raíces C5-C6-C7, que inerva al músculo serrato anterior o mayor. Las causas más frecuentes de lesión son las traumáticas, por compresión directa, cirugías como en el síndrome del estrecho torácico, cirugía mamaria o de pulmón, así como secuelas de radioterapia, y en la neuralgia amiotrófica. Los pacientes presentan dificultad para elevar el brazo. En la exploración, al elevar los brazos sin extender los codos vemos una escápula alada, a nivel del hombro con el músculo parético. El pronóstico es bueno, con recuperación completa y espontánea.

#### Bibliografía

1. Wynn Parry CB. Braquial Plexus injuries. En: Matthews, ed. Neuropathies. Londres: Elsevier, 1998. p. 143-57.

2. Chad D. Enfermedades de las raíces y plexos nerviosos. En: Bradley PW, ed. Neurología clínica. Madrid: Elsevier, 2006. p. 2247-75.