

Médicos y farmacéuticos

Sr. Director: En nombre de la Junta Directiva del Sindicato y en el mío propio, me gustaría expresar nuestro agradecimiento por el editorial publicado en su revista del mes de mayo de este año¹.

Esa filosofía de entendimiento que presenta el Dr. Gervas en su escrito es por la que yo aposté desde que, hace 2 años, asumí la presidencia del Sindicato Libre de Farmacéuticos (SLF) de la Comunidad Valenciana.

Fruto de ello, tenemos fructíferos contactos con la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM-CV) y la Sociedad Valenciana de Hospitalización a Domicilio (SVHD), y con estas sociedades médicas organizamos el primer Encuentro para el Uso del Medicamento Genérico, que fue un éxito a escala tanto médica como farmacéutica.

En la actualidad estamos colaborando con el Grupo de Nutrición de la Sociedad Levantina de Geriátrica y Gerontología (SLGG) para preparar un importante proyecto sobre atención farmacéutica en nutrición geriátrica dirigido a farmacéuticos comunitarios.

Sin más, deseo darles la enhorabuena por este editorial, y transmitirles nuestro reconocimiento más sincero y quedar a su disposición por si, de alguna manera, podemos colaborar con ustedes en los temas que se estime conveniente.

J. SANZ VALERO

Presidente SLF

BIBLIOGRAFÍA

1. Gervas J. Médicos y farmacéuticos: un mismo objetivo, una forma de trabajo distinta. SEMERGEN 2001; 27: 233-234.

Hombro doloroso y síndrome de Parsonage y Turner

Sr. Director: Presentamos el caso de un varón de 53 años que presenta dolor en hombro izquierdo de carácter mecánico que le impide el descanso nocturno y con impotencia funcional, y que aparece de forma espontánea y sin traumatismo previo. El paciente no relata pérdida de fuerza ni parestesias en manos. En la exploración física presenta inspección normal, palpación dolorosa difusa en toda la articulación de dicho hombro y en inserción de supraspinoso, movilidad conservada aunque dolorosa. Se le pautó tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y a los

2 días acudió de nuevo por presentar dolor que no cedía, además de impotencia funcional. En la exploración se objetiva contractura del trapecio izquierdo y dolor en supraspinoso con flexión y abducción activa limitada a 90°, con movilidad pasiva normal. Se le requieren radiografías tanto de columna cervical como del hombro izquierdo, que son rigurosamente normales, por lo que se decide infiltrar con corticoides más anestésico local por vía posterior y se mantiene el tratamiento con AINE. El paciente, después de un mes, continúa con la misma clínica a pesar de varias infiltraciones, además de atrofia significativa de la musculatura del hombro y brazo, por lo que se remite a la consulta de reumatología con la sospecha de posible neuralgia amiotrófica del hombro confirmándose el diagnóstico.

Una forma relativamente frecuente de plexopatía braquial es la neuralgia atrófica, neuropatía cervical braquial aguda, neuritis braquial idiopática o síndrome de Parsonage y Turner.

La incidencia anual de esta enfermedad es de 1,64 casos por 100.000 habitantes y afecta a personas de todas las edades, aunque preferentemente a la edad media (sujetos jóvenes)¹ y con mayor predilección por el sexo masculino¹. Su aparición es esporádica y excepcionalmente epidémica². Aunque su etiología es desconocida en un tercio de los casos existe una causa desencadenante: viral, vacunas, enfermedades sistémicas o traumatismos locales. Otras veces es por mecanismos autoinmunes infecciosos o vasculares. Existe una rara forma familiar caracterizada por una transmisión autosómica dominante, tendencia a ataques recurrentes, asociación con rasgos dismórficos y compromiso de los nervios craneales y troncos nerviosos periféricos^{1,2}.

En lo referente a la anatomía patológica, existen escasos estudios, en la mayoría de los cuales se ha detectado una degeneración axonal². Clínicamente, se caracteriza por dolor intenso de inicio brusco, diurno y nocturno, agudo o subagudo³ en la región del hombro, que dura 1 o 2 semanas, cuya desaparición se asocia a una parálisis flácida y atrofia de la musculatura de la cintura escapular y brazo, afectando sobre todo a deltoides, serrato anterior, supra e infraspinoso, con discreta alteración sensitiva. En un tercio de los pacientes hay afección bilateral aunque asimétrica^{1,4} y, excepcionalmente, de los plexos braquial y lumbosacro². En nuestro caso, el paciente presenta gran similitud con estas manifestaciones, pero algunas no aparecen como alteración sensitiva ni forma bilateral. En la bibliografía consultada se describe atrofia en la mayoría de los casos, como en el nuestro, hipoestesia entre el 33 y el 70%, con conservación de la sensibilidad propioceptiva, ambas en áreas de inervación radicular congruente con la musculatura afectada, hipo o arreflexia y fasciculaciones, dependiendo del grado de denervación muscular¹, en nuestro paciente este cuadro no aparece.

Aunque la afección electromiográfica coincide con la distribución de la debilidad clínica, es frecuente encontrar denervación⁵. El diagnóstico se basa en la historia clínica y los hallazgos de la exploración física y se confirma con electromiograma. La resonancia puede proporcionar información adicional a los estudios electrofisiológicos para estimar evolución (aguda/crónica) e identificar causas morfológicas de dolor y atrofia del hombro. En T₁ se observan mejor las alteraciones crónicas que demuestran pérdidas difusas del músculo, áreas de aumento de la intensidad de la señal en el interior del músculo y en T₂ se observan mejor las lesiones de denervación aguda/subaguda con infiltración grasa y edema neurogénico que comprometen al nervio⁶.

En la mayoría de los casos, el proceso es benigno con buen pronóstico para la recuperación funcional, incluso en aquellos pacientes con una importante atrofia muscular. Presentan una recuperación completa del 40% al año, del 80% a los 2 años y del 90% a los 3-4 años. En el 5% de los casos el cuadro puede recurrir^{2,7}. El diagnóstico diferencial se establece con radiculopatías, plexopatías de origen neoplásico y motoneuronopatías².

El tratamiento tiene pobre respuesta a analgésicos convencionales, usar opiáceos o corticoides (1,5 mg/kg/día de

prednisona), el tratamiento rehabilitador previene incapacidad funcional y contracturas².

M. S. ESTEBAN CORTIJO^a, L. BIURRUN MARTÍNEZ^b,
E. ESTEBAN CORTIJO^c Y A. DÍAZ HERRERO^d

^aResidente de tercer año de MFyC. ^bMédico especialista en MFyC.
^cEnfermera de urgencias. ^dResidente de primer año de MFyC.
Centro de Salud GU-SUR de Guadalajara.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez-Salio A, Porta-Ettesam J, Berdel A, Alonso A, Gutiérrez-Rivas E, Trueba J. Neuralgia amiotrófica: revisión de 37 casos. *Rev Neurología* 1998; 27: 823-826.
2. Rodés Teixidor J, Guardia Massó J, Tulla García A, Aguirre Errasti C, Arroyo Pérez V, García-Conde Bru J et al. *Medicina interna*. Vol. III. Barcelona: Masson 1997; 1997-1998.
3. Parsonage MJ, Turner JWA. Neuralgic amyotrophy, the shoulder girdle syndrome. *Lancet* 1948; 1: 973-978.
4. Serraticce G, Baudoin D, Pouget J, Blin O, Guieu R. Formes typiques et atypiques de néuralgie amyotrophante de l'époulevé: 86 cas. *Rev Neuro (Paris)* 1992; 148: 47-50.
5. Flaggman PD, Kelly JJ. Brachial plexus neuropathy. An electrophysiological evaluation. *Arch Neurol* 1980; 37: 160-167.
6. S. Membrilla Pastor, E. Freixes Vilasó y N. Sáenz Moya. Adolescente con hombro caído. *FMC* 2001; 8: 281-282.
7. Bradley WG, Madrid R, Thrush DC, Campbell MJ. Recurrent brachial plexus neuropathy. *Brain* 1975; 98: 381-398.