

Hombro doloroso. Síndrome de Parsonage-Turner

Autores: Díaz Rojas. LM, Pérez Romero. C, Morillo Tejedor. AF, Pérez Álvarez. A, Urbano Cansado. JA
Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

PRESENTACION DEL CASO

Paciente de 26 año de edad que acude a consulta derivado desde su MAP.

Refiere clínica de dolor en hombro derecho de un mes y medio de evolución. No refiere traumatismo previo ni sobreesfuerzo. El dolor comienza en musculatura paravertebral, se irradia a musculo trapecio y al hombro hasta tercio distal del brazo derecho. Limitación dolorosa de la movilidad activa, sobretodo a la abducción. Niega fiebre u otros síntomas constitucionales.

EXPLORACIÓN FÍSICA.

Asimetría escapular con disquinesia. Importante limitación funcional de miembro superior derecho, a la abducción y elevación anterior (80º) siendo la movilidad tanto activa como pasiva dolorosa.

Movilidad cervical sin alteraciones. Pérdida de fuerza a la exploración de deltoides. Sin clínica neurológica a la exploración de resto de grupos musculares de miembro superior derecho. Refiere ocasionalmente parestesias en toda la extremidad.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se solicita RMN (cervical y hombro derecho) analítica completa y ENG.

RMN Hombro (Figura 1): Aumento de señal de musculo supraespinoso e infraespinoso en menor medida, sugestivo de edema por denervación. Pequeño quiste paralabral en reborde posterosuperior. Resto sin alteraciones

RMN Cervical (Figura 2): Sin alteraciones.

ENG: Signos neurógenos activos con pérdida de unidades motoras en grado muy acusado. (Denervación profusa de deltoides, infraespinoso, palmar mayor, supraespinoso y pronador redondo).

Analítica: Ig G (+) para Citomegalovirus, resto sin interés.

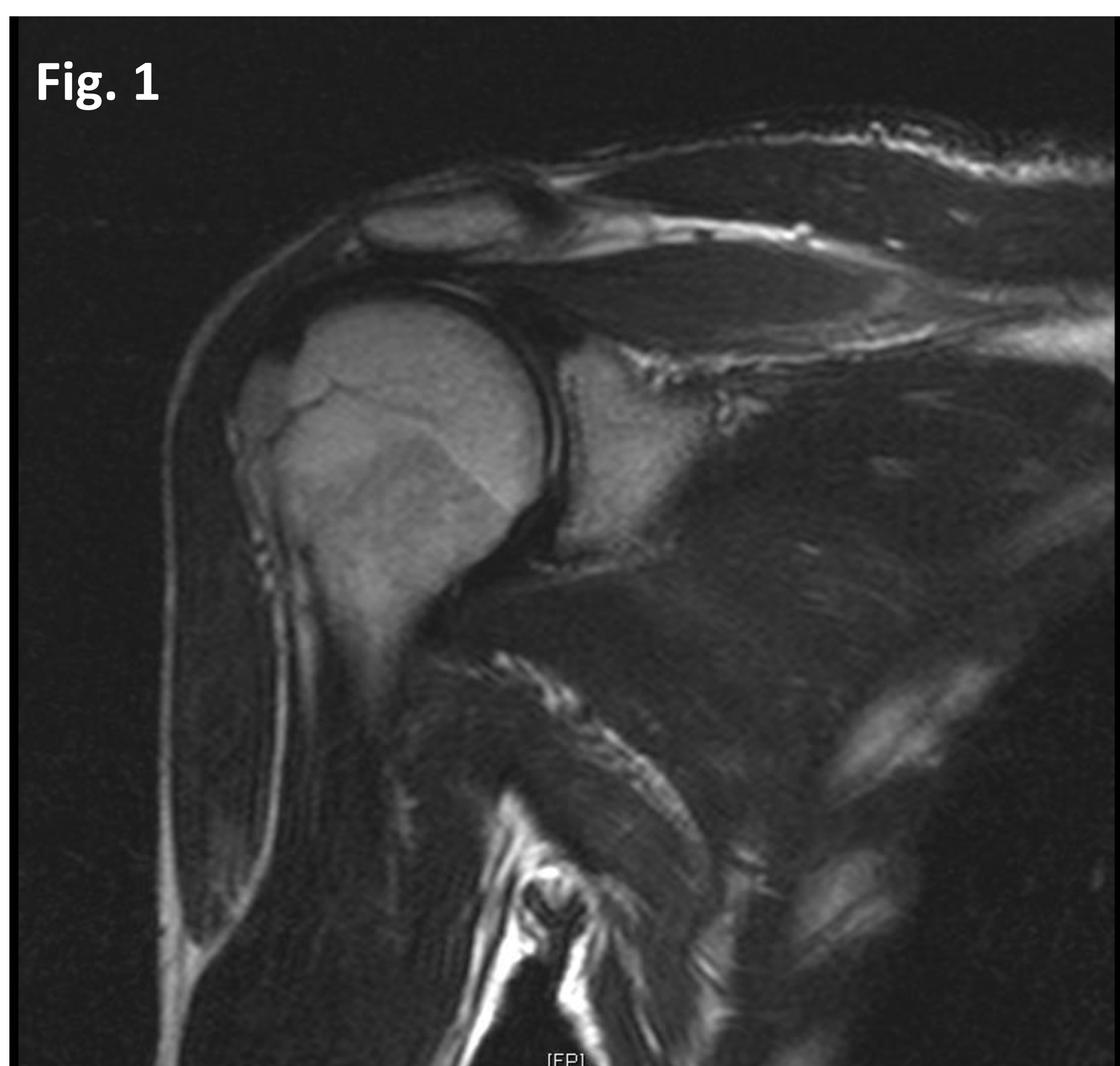


Fig. 1

Es derivado para estudio al servicio de Neurología y a rehabilitación.

Se realizan estudios de enfermedades inflamatorias sin alteraciones.

Comienza con rehabilitación intensiva. Actualmente tras 8 meses de RHB el paciente ha mejorado del dolor, desapareciendo por completo. Continúa en rehabilitación, con mejoría de la movilidad del hombro, aunque con limitación importante para la abducción activa.

Se realiza ENG de control a los 3 meses, con mejoría de las conducciones respecto a estudio previo, pero con importantes signos de denervación.



Fig. 2

DISCUSIÓN.

El Síndrome de Parsonage-Turner ó Plexitis Braquial, es una neuritis principalmente del tronco superior del plexo braquial, siendo bilateral en un 25% de los casos. Presenta una incidencia de 1,5 casos/100.000 habitantes, sobre todo en varones y durante la 3.a–5.a décadas de la vida. La forma típica es de origen desconocido. Consta de varias fases. Fase de neuritis con dolor agudo y súbito en hombro, fase de parálisis y amiotrofia, y fase de recuperación que suele durar entre 6 meses y 1 año, sin secuelas, aunque en ocasiones pueden presentar algún déficit motor permanente.

Es una enfermedad rara pero es necesario tenerla en cuenta en cuadros de dolor en región proximal de miembros superiores. Se han descrito cambios en la RMN que pueden ayudar al diagnóstico, señales hiperintensas en supra e infraespinoso, secundario a la denervación. El tratamiento es sintomático con analgésicos y con medidas físicas y rehabilitadoras.

En nuestro caso en un primer momento se pensó que el cuadro podía ser secundario al quiste paralabral en escotadura supraglenoidea en hombro, que se descarto tras observar afectación en ENG de los músculos; pronador redondo, deltoides y palmar mayor.

