



160/2419 - CUIDADO CON LOS HOMBROS DOLOROSOS

B. Jiménez García^a, I. Díaz de Mera Sánchez Migallón^b, F. Colado Pines^a, C. Granados Lajara^c y C.A. Schenone Bejarano^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud 1. Ciudad Real. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real 1. Ciudad Real. ^cMédico Residente 2º año. Centro de Salud Poblete. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 54 años sin antecedentes de interés que acude a consulta por dolor de ambos hombros pero de mayor intensidad del izquierdo de 24 horas de evolución. No lo relaciona con traumatismo previo pero el día anterior sufrió una picadura de avispa en mano derecha con importante reacción inflamatoria que en Urgencias trataron con Urbasón y polaramine con mejoría. El dolor es de características mecánicas. No fiebre ni otra clínica acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Hombro Izquierdo: Dolor intenso a la palpación de región subacromial y corredera bicipital. Movilidad activa y pasiva conservadas con balance articular completo pero con dolor a la abducción por encima de los 90°. Maniobras de Impingement positivas. No lesiones se observan lesiones dérmicas a dicho nivel. Radiografía de hombro: normal.

Juicio clínico: Síndrome subacromial izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Tendinitis del manguito rotador con o sin calcificación. Capsulitis adhesiva glenohumeral. Cervico-braquialgia. Herpes zoster. Artrosis. Se pautó tratamiento con AINEs y miorrelajantes con escasa mejoría. Se realizó infiltración. A los 10 días presenta mejoría del dolor pero refiere "hormigueos" en ambos brazos y debilidad. Se quita la camisa y observamos marcada atrofia de la musculatura paravertebral izquierda y de hombro izquierdo con un balance articular discretamente disminuido con el contralateral. Ante dichos hallazgos nos replanteamos el diagnóstico diferencial donde incluimos patologías que produzcan amiotrofias y parestias en miembro superior. Hernia cervical. Tumores de la médula espinal o plexo braquial. Tumor Pancoat. Síndrome del desfiladero torácico. Mononeuropatías. Esclerosis lateral amiotrófica. Ante la marcada atrofia, persistencia de dolor y pérdida de fuerza se deriva al Reumatólogo donde se decide ingreso para agilizar estudio. La realización de RM hombro y EMG confirman el diagnóstico: neuritis braquial bilateral o síndrome Parsonage Turner.

Comentario final: El síndrome de Parsonage Turner o neuritis braquial aguda es una neuritis que afecta predominantemente a los músculos de la cintura escapular siendo bilateral en un porcentaje mucho menor. La etiología es desconocida aunque se cree que guarda relación con infecciones víricas, bacterianas, procesos autoinmunes, quirúrgicos... donde podría adquirir protagonismo la picadura de avispa de nuestro paciente. Con este caso clínico pretendemos abrir nuestra mente e incluir esta patología tan poco frecuente y rara en nuestro diagnóstico diferencial de hombro

doloroso ya que es desde Atención Primaria desde donde el paciente debe salir bien orientado y dirigido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Valle García N, et al. Síndrome de Parsonage Turner. A propósito de dos casos en Atención Primaria. Medicina Familia Semergen. Semergen. 2010;36(7):406-8.
2. Sanz Rodrigo C, et al. Dolor de miembro superior y escápula alada. FMC. 2008;15(4):259-60.
3. Fernández Valdivieso E, et al. Síndrome de Parsonage Turner. Cartas de Investigación. Aten Primaria. 2007;39(11).
4. Luis Muse R et al. Síndrome de Parsonage Turner o neuritis braquial: A propósito de dos casos clínicos. Revista Chilena de Radiología. 2003;9:137-9.