



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/149 - DOCTORA, NO PUEDO LEVANTAR EL BRAZO

M. Moruno Carrizosa¹, R. Flores Cebrià², C. Carreres Molas² y J. Bravo Corrales¹

¹Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Bellvitge. Barcelona. ²Médico de Familia. CAP Bellvitge. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 34 años de edad. No AMC. No hábitos tóxicos. No AP de interés. No tratamiento farmacológico habitual. Consulta por dolor de espalda y dificultad para levantar el brazo izquierdo, sin antecedente traumático.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, constantes normales. Ligera atrofia en musculatura escapular izquierda, movilidad normal. Resto de EF normal. Rx col cervical AP y L: discretos signos degenerativos con pequeño pinzamiento C5-C6. ECO hombro: sin alteraciones. EMG MMSS: normal. RMN cervical: protrusión discal C5-C6 izquierda. RMN plexo braquial: sin hallazgos significativos. Serología hepatitis E negativa.

Orientación diagnóstica: Varón de 34 años que consulta por dolor de espalda y dificultad para levantar el brazo izquierdo. En la exploración se aprecia una ligera atrofia de la musculatura escapular izquierda. Se solicitan Rx columna cervical, ECO hombro, EMG de miembro superior y RMN cervical. El cuadro clínico es sugestivo de sintomatología residual de síndrome de Parsonage-Turner izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Enfermedades que afectan la musculatura del hombro y causan dolor (rotura del manguito de los rotadores, hernias discales, espondilosis cervical, tumores residuales, hemorragias del plexo braquial y esclerosis lateral amiotrófica).

Comentario final: El síndrome de Parsonage-Turner es una plexopatía braquial inflamatoria inespecífica, con una incidencia de 1,5 casos/100.000 habitantes, con predominio en el sexo masculino. La etiología y la patogenia son desconocidas, aunque una respuesta inmunológica anormal desempeña un papel importante. Se caracteriza por un dolor en el hombro y la región proximal de la extremidad superior, con predominio nocturno, seguido de amiotrofia y pérdida de fuerza. Generalmente revierte en pocas semanas, aunque a veces pueden pasar meses o años hasta la recuperación total. Los nervios que se afectan con mayor frecuencia son torácico largo y/o supraescapular. El diagnóstico es clínico y electromiográfico. El diagnóstico diferencial se ha de realizar con enfermedades que afectan la musculatura del hombro y causan dolor. El tratamiento está enfocado a disminuir los síntomas, con analgésicos, inmovilización y rehabilitación. Tiene un buen pronóstico a largo plazo, aunque el tiempo que se necesita para su resolución completa es variable.

Bibliografía

1. Sanz C, León F. Dolor de miembro superior y escápula alada. FMC. 2008;15(4):259-60.
2. Fernández E, Montesinos S, Díez C. Síndrome de Parsonage-Turner. Aten Primaria. 2007;39:622.

Palabras clave: Síndrome Parsonage-Turner.