



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 482/240 - SÍNDROME DE PARSONAGE-TURNER

F. Ruiz Sáinz<sup>1</sup>, N. Borja Vargas<sup>2</sup>, A. Suárez Rodríguez<sup>3</sup>, M. Sáenz Aldea<sup>4</sup>, A. Villaplana Soto<sup>5</sup>, P. Fierro Andrés<sup>6</sup> y L. Martín Morales<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Residente de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. <sup>2</sup>Residente de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. <sup>3</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II Centro. Santander. Cantabria. <sup>4</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. <sup>5</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro. Santander. Cantabria. <sup>6</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo. Santander. Cantabria. <sup>7</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 47 años sin antecedentes acude con dolor en extremidades superiores de 8 días de evolución. Refiere comienzo brusco mientras dormía, asociando parestesias en antebrazo derecho. Fue valorado al inicio del cuadro, dado de alta tras 24 horas de observación. Persiste dolor con analgesia oral y 3 dosis de corticoide intramuscular. Asocia dificultad para elevar los brazos, torpeza manual derecha y molestias en la pierna izquierda desde la cadera hasta la rodilla. El dolor no se irradia desde la columna. Cuadro catarral sin fiebre días previos. Niega traumatismos o sobreesfuerzos. No incontinencia de esfínteres. Marcha no alterada. Niega viajes al extranjero o contacto con animales.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril. BEG. Consciente y orientado. PPCC normales. Disminución de fuerza en ESD en todos los grupos musculares, más notable en oponente del pulgar. Hipoestesia táctil ESD. Hiperreflexia ESD e EID. ROT normales ESI e EII. Romberg negativo. Marcha sin alteraciones. No apofisalgias espinosas ni transversas. Dolor generalizado a la palpación de EESS y trapecio derecho. Se solicita radiografía cervical sin objetivar alteraciones, por lo que se contacta con Neurología y se realiza una RMN cráneo-medular, estudio neurofisiológico y analítica con CK, perfil inmune y serologías. No se hallaron alteraciones en estas pruebas, completándose el estudio con RMN de plexo braquial, objetivándose una neuropatía del plexo braquial bilateral sin signos de denervación muscular, con predominio derecho.

**Orientación diagnóstica:** Síndrome de Parsonage-Turner.

**Diagnóstico diferencial:** Mielopatía cervical. Radiculopatía. Esclerosis múltiple.

**Comentario final:** El síndrome de Parsonage-Turner o plexitis braquial es bilateral en un 25% de los casos y generalmente de origen desconocido. Presenta una incidencia de 1,5 casos/100.000 habitantes. Es más frecuente en varones entre la tercera y quinta décadas de la vida. Aunque es una enfermedad rara, hay que tenerla en cuenta si aparecen síntomas neurológicos asociados a dolor de

EESS. La clave del caso en Atención Primaria reside en la posibilidad de realizar una exploración física completa y seguimiento estrecho de los pacientes, para detectar patologías que requieren atención especializada y pruebas complementarias urgentes.

### **Bibliografía**

1. Briceño Propocio F, Rodríguez Montero SA. Síndrome de Parsonage-Turner. Revisión bibliográfica. Semin Fund Esp Reumatol. 2010;11(4):144-51.
2. Bromberg MB. Brachial plexus syndromes [Internet]. UpToDate. [Consultado 1 junio 2020]. Disponible en:  
<https://www-uptodate-com.scsalud.a17.csinet.es/contents/brachial-plexus-syndromes>

**Palabras clave:** Parestesias. Dolor. Parsonage-Turner.