

Caso clínico

Apoyo ecográfico en el abordaje del síndrome de Parsonage-Turner

Victoria Vidal Vargas, Yolanda López Gutiérrez, María Pérez Rodríguez, María Dolores Romero Torres, Manuel Rodríguez-Piñero Durán

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Varón de 53 años de edad, remitido desde atención primaria, en estudio por neurología por sospecha de síndrome de Parsonage-Turner, pendiente de estudio neurofisiológico. No tiene antecedentes de interés.

Refiere dolor en el hombro derecho desde hace 7 meses, con asociación de debilidad progresiva. Dos meses antes sufrió una viriasis que debutó con erupción cutánea y fiebre alta; se resolvió sin problemas.

El paciente describe el dolor como muy intenso y de ritmo continuo, que le produce dificultad para el descanso nocturno.

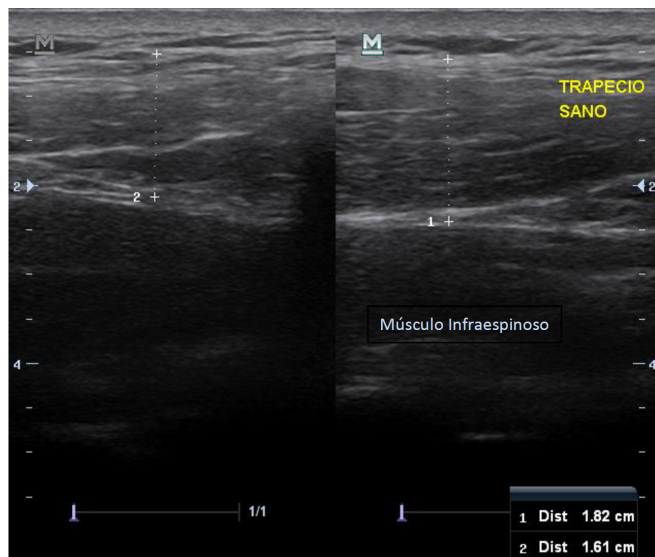


Figura 1.

En la exploración física encontramos escala visual analógica del dolor 7/10; escala del dolor neuropático: 6/10; asimetría de los hombros con amiotrofia general de la cintura escapular; antepulsión del hombro y escápula alada; movilidad activa: abducción y flexión 80°, rotación externa 50°, rotación interna 30°; movilidad pasiva: abducción y flexión 120°, rotaciones 60°; parálisis en

los aproximadores de la escápula; resto del miembro superior sin alteraciones; tampoco se encuentra ningún hallazgo significativo en la exploración de la columna cervical.

Realizamos valoración muscular ecográfica comparando con el lado contralateral. Encontramos atrofia e infiltración grasa de los tres vientres musculares del deltoides anterior (figura 1), lateral y posterior (figura 2), así como del trapecio medio (figura 3); discreta de los músculos supraespinoso e infraespinoso; no se visualizan diferencias significativas en el resto de la musculatura visible de la cintura escapular.

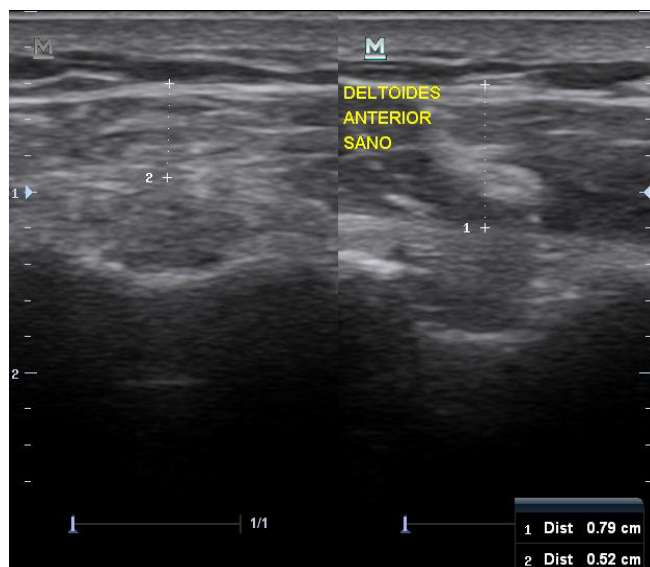


Figura 2.

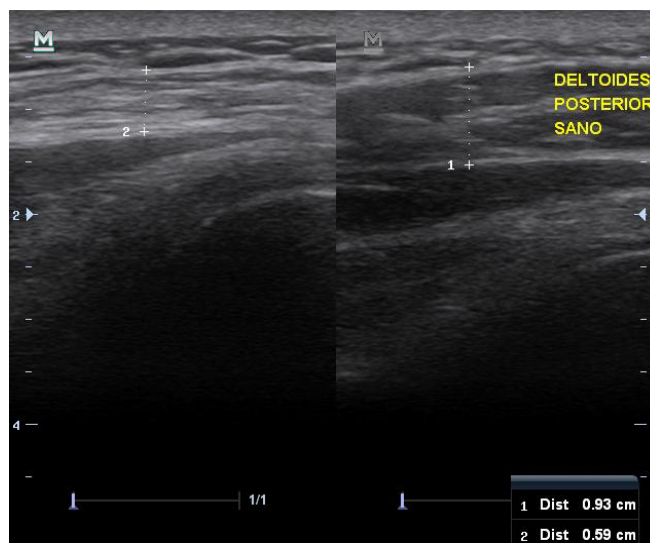


Figura 3.

A la espera del estudio neurofisiológico, se planifica tratamiento rehabilitador dirigido al trabajo de la musculatura atrofica, mantenimiento de la sana y entrenamiento de estrategias compensatorias.

COMENTARIO

Aunque previamente se habían mencionado algunos casos, no es hasta 1948 cuando Parsonage y Turner describieron claramente los aspectos clínicos de la enfermedad. El síndrome de Parsonage-Turner es una entidad clínica caracterizada por la aparición de dolor agudo e intenso en el hombro, en general unilateral, con posterior debilidad muscular y parálisis progresiva preferentemente para la elevación, abducción y rotación externa¹. La recuperación es lenta, de meses o años, y puede no ser completa².

A lo largo del tiempo se han utilizado diversos términos para definir esta afección: radiculitis aguda braquial, parálisis del serrato mayor, neuropatía del plexo braquial, plexopatía braquial idiopática, parálisis aguda escápulo-humeral...

Actualmente es una entidad de etiología desconocida, aunque existe una forma hereditaria menos frecuente. La hipótesis etiopatogénica actual es que los episodios son causados por una respuesta mediada por mecanismos inmunitarios sobre el plexo braquial. Se ha propuesto una serie de factores precipitantes, como infecciones víricas y bacterianas, enfermedades sistémicas (lupus, diabetes, arteritis) y cirugía.

Tras la exploración física, los estudios electromiográficos nos ayudan a confirmar el diagnóstico e informan de la localización de la lesión y de la intensidad de la misma.

Se trata de una afectación de tipo motoneurona inferior, con reflejos hipoactivos y ocasionalmente fasciculaciones. Los nervios periféricos más comprometidos son el axilar, el torácico largo, el supraescapular y el músculo-cutáneo. Topográficamente se corresponde con mayor afectación de las raíces nerviosas C5 y C6; de forma menos frecuente, de C4 y C7³.

No existe un tratamiento específico para esta entidad, pero hay consenso en cuanto a que debe ser conservador. El objetivo es prevenir el dolor, mantener el recorrido articular completo y recuperar la fuerza muscular. Para lograrlo, se emplea terapia farmacológica y fisioterapia.

En la revisión de la Cochrane de 2009 se llegó a la conclusión de que la prednisona por vía oral parece eficaz cuando se inicia en la fase aguda de la amiotrofia neurálgica. La dosis recomendada es de 1 mg/kg/día durante 2 semanas, y pauta descendente durante otras 2 semanas después de la aparición de los síntomas; ello puede acortar la duración del dolor inicial y conducir a una recuperación más rápida en algunos pacientes⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. González Rebollo AM, Antón Andrés MJ, Martínez Pardo F, Fuertes González S. Revisión bibliográfica del síndrome de Parsonage-Turner. *Rehabilitación (Madr)*. 2014;48:54-60.
2. Cup EH, Ijspeert J, Janssen RJ, Bussemaker-Beumer C, Jacobs J, Pieterse AJ, et al. Residual complaints after neuralgic amyotrophy. *Arch Phys Med Rehabil*. 2013;94:67-73.
3. Kolev I. Parsonage-Turner syndrome. *Orphanet Encyclopedia*. July 2004.
4. Van Alfen N, Van Engelen BG, Hughes RA. Treatment for idiopathic and hereditary neuralgic amyotrophy (brachial neuritis). *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;8. CD 76. Review. 0069.