

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LA OMALGIA LABORAL... NO SIEMPRE ES LO QUE PARECE.

## A propósito de un caso.

Pilar Gómez-Haccart; Jordi Ardèvol Cuesta

Hospital Asepeyo Sant Cugat. Barcelona



### Introducción

La omalgia es una patología muy frecuente dentro del ámbito laboral. Sin embargo, aunque nos enfrentemos a ella a diario, no siempre es fácil establecer un correcto diagnóstico diferencial de todo el amplio abanico de posibilidades que se nos presenta.

Además, no siempre está bien establecido por parte el origen y la causa de la clínica, por lo que es frecuente ver incongruencias entre la misa y las pruebas complementarias. Llegar a un correcto diagnóstico y su posterior manejo puede llegar a ser un verdadero reto.

### Objetivo

Constituir un correcto diagnóstico diferencial ante una **omalgia** de características **atípicas**, en la que no encontramos correlación clara entre la historia clínica, exploración y pruebas complementarias.

### Material y métodos

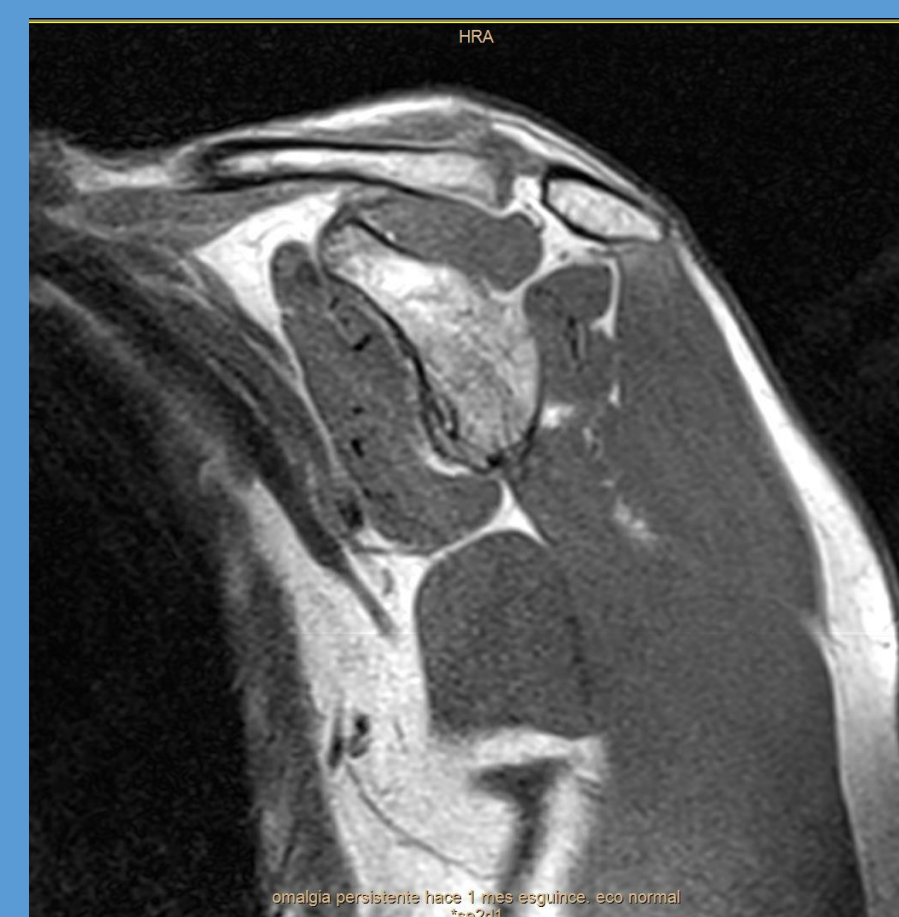
Se trata de un paciente de 58 años, que acude a nuestra mutua por omalgia izquierda súbita tras realizar un mal gesto al forzar el hombro en abducción y rotación externa. Es trabajador manual, sin demasiado trabajo por encima de los hombros. Presenta dolor tanto con la actividad física como en reposo.

Llama la atención en la exploración, la clara atrofia de la musculatura en la fosa infraespinosa e hipoatrofia del supraespinoso. Presenta una movilidad limitada a 90 grados tanto en antepulsión como en abducción, con rotación externa limitada y con maniobras para patología de manguito negativas. Tampoco presenta clínica de inestabilidad.



Se le realiza RM donde no se objetiva clara patología tendinosa de manguito rotador, pero sí un quiste paralabral inferior, por lo que se decide solicitar **EMG** para descartar posible atrapamiento de nervio supraescapular versus síndrome del espacio cuadrilátero.

Sin embargo, tras la realización del EMG, se objetiva una afectación parcheada de toda **la musculatura de la cintura escapular izquierda**, con afectación de forma moderada-grave a nervio axilar y supraescapular, y de forma leve a nervio musculocutáneo y dorsal escapular.



Teniendo en cuenta la historia clínica y los hallazgos en la exploración neurológica y electrofisiológica, se diagnostica como un cuadro compatible con un **Síndrome de Parsonage-Turner**.

### Resultado

Tras descartar tratamiento quirúrgico, se tranquiliza a paciente de curso autolimitado de la enfermedad y se trata de manera conservadora mediante analgesia convencional y rehabilitación.

Tras 6 meses de seguimiento, presenta una **mejoría parcial** tanto en dolor como en balance articular, aún no completo. Presenta evolución más tórpida en la mejoría de fuerza.

### Conclusión

Ante una omalgia aguda de aparición súbita con posterior debilidad muscular preferentemente para la antepulsión, abducción y rotación externa, y que presente una clara **discrepancia** entre historia clínica, exploración y pruebas complementarias, es necesario ir más allá y realizar las **pruebas** complementarias **dirigidas** que sean necesarias para el diagnóstico final de la patología, antes de optar por una intervención quirúrgica.