

NO TODO ES PATOLOGÍA DEL MANGUITO: SÍNDROME DE PARSONAGE-TURNER

López Álvarez B¹
Gumersindo Godoy FA¹
Sánchez Hernández MJ²

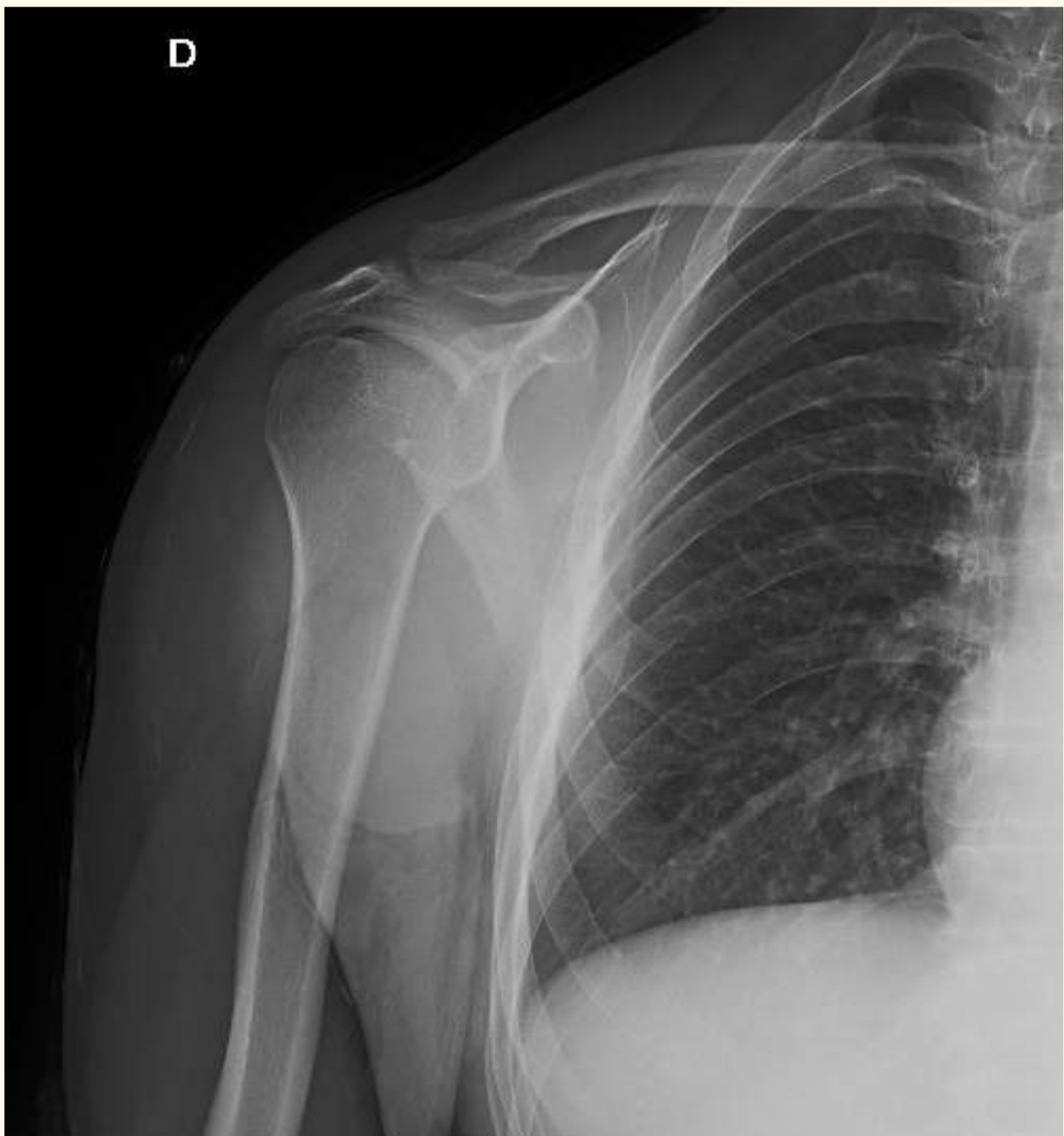
¹ FEA COT, ² MIR COT
Hospital General Básico Santa Ana
MOTRIL



El **síndrome de Parsonage-Turner (SPT)** o **neuritis braquial idiopática**, es una **plexitis** principalmente de raíces altas (**C5, C6**), **unilateral** (75%), con una I = 1,5 casos / 100.000 habitantes, sobre todo en **varones** durante la **3ª-5ª** décadas de la vida. La forma típica consta de varias **fases**: **1ª** Omalgia aguda brusca e incapacitante, de características mixtas; **2ª** Debilidad muscular (2ª-4ª semana) y amiotrofia; **3ª** Recuperación (6 meses - 3 años), generalmente sin déficit motor. El **diagnóstico** de confirmación es por **EMG-ENG**, que refleja potenciales de reposo patológicos compatibles con denervación. La **RM** podría mostrar un aumento de señal en secuencias T2 en los tejidos afectados. No existe actualmente, tratamiento específico, aunque hay consenso en la superioridad del tratamiento conservador (analgesia, rehabilitación) frente al quirúrgico.



Incidir en esta patología como posible **diagnóstico diferencial** en **hombro doloroso** cuando se acompañe de **debilidad muscular progresiva**



Varón de **44 años**, sin AP, que acude a urgencias por **omalgia** derecho de 6 semanas de evolución sin antecedente traumático, con debilidad para elevar y abducir el hombro > 90º y **“acorchamiento”** en zona lateral de hombro y brazo hasta 3er-4º dedos, acompañado de tumoración en región escapular derecha. En EF se evidencia **amiotrofia** de cintura escapular derecha con **escápula alada**, **BM deltoides**, **serrato anterior** y **manguito rotador 3-/5**, **parestesia** en territorio **C6-C7**, pROM glenohumeral completa, resto NVD OK. **Constant Score: 60/100**. **Rx, ECO y TC urgentes** sin hallazgos. En **RM cervical, braquial, hombro y escápula derecha** se visualiza estenosis foraminal moderada-grave C6-C7 derecha. En **ENG neuropatía axonal parcial severa del nervio torácico largo derecho, con signos de denervación/reinervación activa**. No afectación muscular dependiente de miotomas C5 a C7 derechos. Se deriva a **Rehabilitación** de forma preferente.



Tras realizar un período de Rehabilitación intensiva de **3 meses** basada en **cinesiterapia + electroestimulación-biofeedback**, existe una evidente mejoría clínica con **BM global** de cintura escapular derecha **4+/5** con mínima asimetría y **Constant Score 85/100**.



El SPT es una entidad **infradiagnosticada** que se puede confundir con polineuropatías y afectaciones de causa inflamatoria: tendinitis, capsulitis, artrosis, herpes zóster, hernia cervical, etc. En el dolor de hombro que se acompaña de alteración neuromuscular es de vital importancia realizar un **diagnóstico diferencial** con otras patologías graves como metástasis ganglionares, tumor de Pancoast o tuberculosis apical. El conocimiento de este cuadro evita la iatrogenia y la información adecuada respecto a la benignidad y reversibilidad del proceso.