

# Lesión aguda por aplastamiento del plexo braquial recuperación espontánea

Patricio Freile Pazmiño, Sami Val Monsour, Pablo Calavia Calé, Andrea García Esqués, David García Aguilera

Hospital Royo Villanova, Servicio Aragonés de Salud, Zaragoza.

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

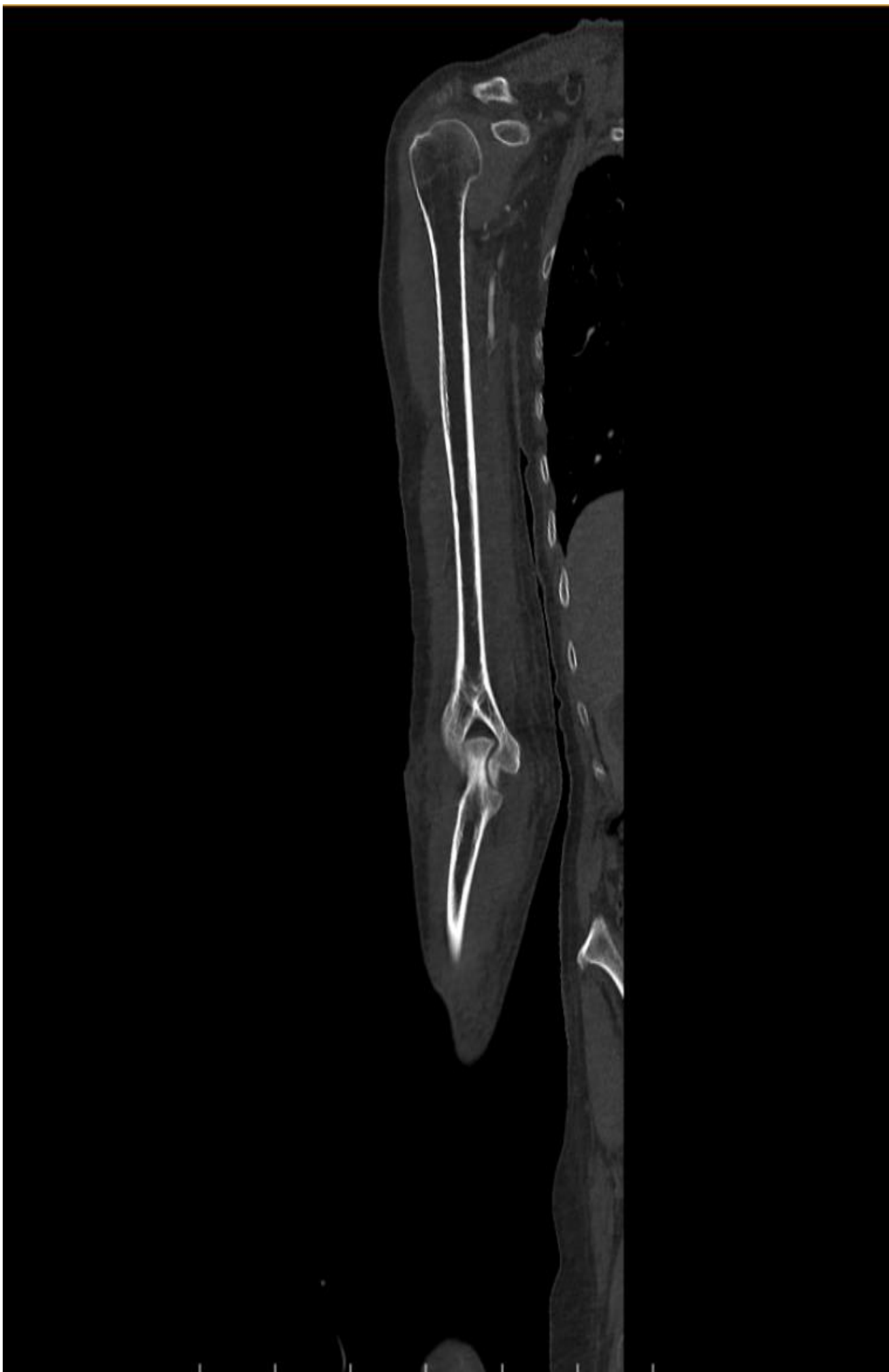
Se presenta un caso clínico de una paciente de 78 años, demenciada, que sufre una lesión por aplastamiento a nivel del 1/3 proximal en la región medial del brazo derecho. Traída por ambulancia, sin especificar el tiempo de la lesión.

## MATERIALES Y METODOLOGÍA

Al examen físico se evidencia lesión contusa con sufrimiento cutáneo en el nivel del aplastamiento, con signos sugestivos de isquemia distal del brazo afecto. A la exploración se comprueba ausencia de sensibilidad superficial y profunda, distal a la lesión en todos los dermatomos; abolición de la movilidad del codo, muñeca y dedos del brazo afecto y ausencia de reflejos osteotendinosos.



Por la clínica se procede a realizar un angio-TC para descartar lesión vascular, se observa: Permeabilidad del sistema arterial de extremidad superior derecha, desde tronco braquiocefálico hasta arterias del carpo. Únicamente se identifica un acodamiento de arteria subclavia a nivel de 1o costilla. No se observan otros defectos estenóticos ni signos de trombosis. Por la clínica se procede a realizar un angio-TC para descartar lesión vascular, se observa: Permeabilidad del sistema arterial de extremidad superior derecha, desde tronco braquiocefálico hasta arterias del carpo. Únicamente se identifica un acodamiento de arteria subclavia a nivel de 1o costilla. No se observan otros defectos estenóticos ni signos de trombosis. Descartando una lesión vascular para tratamiento urgente, se decide ingreso a planta para estudios de lesión del plexo braquial. Durante su hospitalización se realiza una RNM no concluyente, informándose como "Engrosamiento e hiperseñal de los fascículos medial, lateral y posterior y del origen de los nervios terminales en el espacio retropectoral y a nivel axilar con edema circundante por probable estiramiento / rotura postraumática. Edema de la musculatura y del tejido subcutáneo en hombro y brazo proximal."



## RESULTADOS

Se mantiene el tratamiento conservador, con observación, analgesia y corticoides IV. A la primera semana de la hospitalización se evidencia mejoría significativa del edema y eritema del brazo, por lo que se es dado de alta con revisión por consultas. Presenciando una mejoría llamativa al mes de evolución con sensibilidad presente y movilidad distal recuperada en casi su totalidad.



## CONCLUSIONES

Aunque en este caso la RNM es poco concluyente, se comprueba que la mayoría de las lesiones por aplastamiento del plexo braquial se puede plantear tratamiento conservador, aunque este no es el caso, la mejoría clínica se podía retrasar en varias semanas. Descartando una lesión vascular que pueda poner en riesgo el miembro afecto, lo más factible es observación estrecha