

Recuperando la Flexión del codo: Síndrome de Parsonage-Turner

Dra Denisse G Loya de la Cerda, Dra Cristina Lloret Peiró, Dr Manuel Llusá Perez
Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona

Objetivo:

Presentar un caso clínico del raro síndrome de Parsonage-Turner y su manejo quirúrgico .

Caso Clínico:

Masculino de 48 años con lesión crónica completa del N. Musculocutáneo debido a herida de arma blanca en zona axilar de 11 años de evolución.

Acude por incapacidad total para flexionar codo y omalgia de 6 semanas de evolución que había mejorado de forma espontánea conforme aparecía la debilidad muscular.

Exploración Física:

Escapula alada y atrofia del serrato anterior. Anestesia en territorio de nervio radial y pérdida de fuerza motora en tríceps 3/5.

-RMN Hombro: No alteraciones reelevantes.

-EMG: Lesión crónica total de N. Musculocutáneo + Lesión crónica parcial de N. Torácico Largo y N. Radial

Resultado:

Inicialmente manejo conservador por 6 meses sin mejoría, por lo que se decide realizar una transferencia de colgajo muscular pediculado bipolar de músculo dorsal ancho con aloinjerto tendinoso de Aquiles insertado en tuberosidad radial para recuperar la función flexora de codo y exoneurolisis del nervio torácico largo como tratamiento para la escapula alada.

Post-op: Ortesis Bloqueada a 90° x 2 semanas, seguido de flexión libre y restricción de -40° de extensión, a las 6 semanas se permitió extensión libre con protección nocturna.

Presento recuperación completa de la flexión de codo 4/5, resolución de escapula alada y ausencia de dolor.



Conclusiones:

El síndrome de Parsonage-Turner es raro y requiere alta sospecha. El cuadro cínico típico es omalgia (horas o semanas) y conforme desaparece desarrolla parálisis flácida de musculatura inervada por raíces altas del plexo braquial +/- afectación del nervio torácico largo. Si déficit funcional residual las opciones quirúrgicas incluyen neurolisis, transferencias nerviosas, musculares y tendinosas.

