

¿RADICULOPATÍA CERVICAL O SÍNDROME DE PARSONAGE-TURNER? A PROPÓSITO DE UN CASO



Castillejo Iniesta, Coral; Galán Novella, Adolfo; Aranda Porras, Javier; Guerado Parra, Enrique

A.I.G. de Cirugía Ortopédica y Traumatología,
Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

OBJETIVO

Exponer el caso clínico de un paciente con omalgia derecha, sin antecedentes previos, que a continuación desarrolló un cuadro de limitación funcional en dicho miembro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta un caso clínico de una mujer de 66 años, que acude a nuestras consultas refiriendo limitación funcional en miembro superior derecho. Sin antecedentes de interés, la paciente refirió un cuadro de omalgia intensa meses atrás de varios días de evolución que se resolvió con tratamiento médico y a continuación apareció dicha parálisis muscular.

Exploración miembro superior derecho: abducción 60°, rotación externa no llega a boca; rotación interna a cresta ipsilateral; fuerza deltoides 2, bíceps 2; Spurling negativo; ROT bicipital negativo; No dolor a la movilización activa. Resto de exploración normal (Figura 1) RMN cervical: estenosis de canal y de foráminas en C5-C6 con posible afectación de dichas raíces. Radiografía y RMN hombro derecho: sin alteraciones (Figura 2-5).



Figura 1. Exploración física



Figura 2



Figura 3

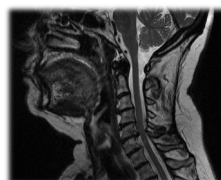


Figura 4

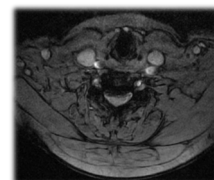


Figura 5

Se diagnosticó de radiculopatía cervical, sin embargo, la paciente no mejoró. Continuó con imposibilidad de flexión activa del codo derecho. Por lo que solicitó un EMG, que informó de radiculopatía aguda de raíces C5-C6 derechas asociada a lesión crónica.

Se reevaluó el caso, tras una revisión bibliográfica se optó por la posibilidad de estar ante un Síndrome de Parsonage-Turner o amiotrofia neurálgica.

Se debe hacer diagnóstico diferencial con otras causas de neuritis braquial, entre ellas la radiculopatía cervical (Tabla 1).

	Radiculopatía cervical	Síndrome de Pasonage-Turner
Inicio	Insidioso	Rápido y sin antecedente traumático
Cronología de la debilidad	Debilidad puede coincidir con dolor.	Debilidad comenzará días o semanas después de la resolución de la fase dolorosa.
Síntomas de presentación comunes	Dolor unilateral en el hombro que se irradia al cuello y, a menudo, a la extremidad	Dolor unilateral en la cintura escapular que se irradia al cuello y las extremidades superiores
Exacerbación	Exacerbado con los movimientos del cuello; Spurling positiva	No se exagera con los movimientos del cuello; Spurling negativa
EMG	Denervación que se correlaciona con un nivel de raíz específico	Denervación que afecta más comúnmente al tronco superior del plexo braquial
RMN	Cambios degenerativos (espolones óseos, cambios de disco) que afectan una raíz nerviosa específica	Generalmente ningún hallazgo localizado específico; La neurografía por RM puede mostrar constricciones de nervios específicos

Tabla 1

RESULTADO

La paciente recibió sesiones de rehabilitación y tratamiento con antiinflamatorios orales y corticoides temporalmente. Tras diez años, presenta cierta mejoría en el rango de movilidad, pero sin una recuperación total de su función.

CONCLUSIÓN

El Síndrome de Parsonage-Turner es una patología poco frecuente e infradiagnosticada. Sin embargo, hay que hacer diagnóstico diferencial para poder así diagnosticarla y tratarla. Distinguir de una radiculopatía cervical es crucial para limitar costes de atención médica, procedimientos quirúrgicos innecesarios y sus complicaciones. Debemos pensar en ella ante pacientes con omalgia seguida de parálisis flácida de los músculos el miembro superior.

BIBLIOGRAFÍA

