

PRESENTACION DE CASO**Presentación inusual del síndrome de Parsonage-Turner. Reporte de un caso****Unusual Presentation of Parsonage-Turner Syndrome. A Case Report**

Dr. Julio López Argüelles, ⁽¹⁾ Dr. Joan Rojas Fuentes, ⁽¹⁾ Dra. Didiesdle Herrera Alonso. ⁽²⁾

¹Especialista de I Grado en Neurología. Profesor Instructor. ² Especialista de I Grado en Neurofisiología. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos.

¹ Second Professional Degree in Neurology. Instructor. ² Second Professional Degree in Neurophysiology. Dr. Gustavo Aldereguía Lima General University Hospital. Cienfuegos.

RESUMEN

El síndrome de Parsonage-Turner es el término utilizado para describir una neuritis que incluye el plexo braquial, caracterizada por: dolor agudo, debilidad y amiotrofia. El trastorno es más común en los hombres y, aunque puede ocurrir a cualquier edad, es sumamente común en el grupo de edad de 20 a 50 años. Los antecedentes incluyen: infección no específica de las vías respiratorias superiores, enfermedad gripal, infecciones bacterianas, vacunación, neoplasia, causa compresiva, traumatismo u cirugía en las áreas cercanas al brazo afectado o el ejercicio intenso. Se describe el caso de un paciente de 39 años, en el que esta entidad se presentó de manera inusual, con predominio de afectación en músculos interóseos anteriores.

Palabras clave: neuritis del plexo braquial

Límites: Humanos; adulto

ABSTRACT

Parsonage-Turner syndrome is the term used to describe a neuritis which includes the brachial plexus and is characterized by severe pain, weakness and amyotrophy. This disorder is more commonly presented in men and, although it can appear at any age, is it

extremely common from 20 to 50 years old. Previous records include: nonspecific infection of the upper respiratory airway, flu, bacterial infections, vaccinations, neoplasia, compressive cause, trauma or surgery in the areas near the affected arm or intense exercise. The case of a male, 39 years old patient is described. In this patient, the entity's presentation was very unusual. An affection of anterior interosseous muscles predominated.

Key words: brachial plexus neuritis

Limits: Humans; adult

INTRODUCCIÓN

La neuralgia amiotrófica (NA) se caracteriza por dolor agudo y debilidad, con atrofia variable y pérdida sensorial alrededor del cíngulo del hombro, es una entidad clínica bastante bien definida. En 1948 Parsonage y Turner analizaron 136 casos de neuritis braquial, observando que el cuadro clínico esencial era sencillo pero variable en diferentes pacientes. ⁽¹⁾ Se han mencionado más de 20 sinónimos, sin embargo los términos: neuralgia amiotrófica, neuritis braquial, neuropatía del plexo braquial o síndrome de Parsonage-Turner son los más empleados. ⁽²⁻⁵⁾

El trastorno es más común en los hombres y, aunque puede ocurrir a cualquier edad, es sumamente común

Recibido: 15 de noviembre de 2011

Aprobado: 23 de noviembre de 2011

Correspondencia:

Dr. Julio López Argüelles.

Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

Calle 51 A y Ave 5 de septiembre.

Cienfuegos. CP: 55100

Dirección electrónica: julio.arguelles@gal.sld.cu

en el grupo de edad de 20 a 50 años. Existen antecedentes de un 28 % a un 83 % de casos en diferentes series e incluyen: infección no específica de las vías respiratorias superiores, la enfermedad similar a la gripe, las infecciones bacterianas, la vacunación, la neoplasia, compresiones, traumatismo u operación quirúrgica en las áreas del brazo afectado, la fatiga, o ejercicio intenso.⁽⁶⁻⁹⁾

Primera fase: el inicio de la enfermedad está precedido por dolor agudo a través del hombro, a menudo despertando al paciente en la noche (primer signo). El dolor es intenso y constante y se irradia a la cara externa del brazo, cuello, axila, o el antebrazo; se agrava mediante el movimiento del brazo pero no por los tos o el estornudo. En consecuencia, el brazo se mantiene en aducción y rotación interna del hombro y flexión del codo.^(5,7,10,11) El dolor tiende a alcanzar su máxima intensidad a los 2 ó 3 días de haberse iniciado, su persistencia puede ser variable entre unos días y varias semanas, disminuye, en general, en intensidad y duración en la segunda semana.

Segunda fase: poco después de aliviado el dolor, se confirman los signos neurológicos focales, generalmente: parálisis y amiotrofia. Este déficit motriz regresa generalmente en pocos meses o años pero en algunos casos puede permanecer sin regresión. La pérdida sensorial es generalmente discreta (en parte porque el plexo braquial superior da lugar principalmente a los nervios motrices).^(10,12) La hiperestesia está a menudo confinada a un área pequeña en la cara superior externa del brazo, en la distribución del nervio axilar o a lo largo de la superficie radial del antebrazo y la base del pulgar.

La variabilidad clínica y especialmente la focalización de las formas limitadas, se han mostrado en diferentes trabajos en los cuales se señala el afecto especialmente peculiar al lesionar nervios como los interóseos anterior y posterior, al pronador redondo, pares craneales bajos o el nervio frénico.⁽⁸⁾ Las formas atípicas con recaídas no son infrecuentes.

Se pueden encontrar numerosos sujetos dentro de una misma familia, con sintomatología análoga en todos los sujetos afectados, los cuales pasan a formar parte de la neuralgia amiotrófica hereditaria, una de las neuropatías focales recurrentes más frecuentes.^(5,11)

Los estudios neurofisiológicos son esenciales para el diagnóstico y fundamentales para determinar el tipo de la lesión (axonal versus desmielinizante), afectación subclínica en los casos de neuropatía bilateral simétrica y para el pronóstico. Por consiguiente, para un adecuado diagnóstico debe prestarse atención a: (1) el estudio de la extremidad contralateral; (2) conducción nerviosa de los nervios no estudiados de rutina, ejemplo: mediano de primer dígito y los nervios musculocutáneos y axilares; (3) un examen extenso de electromiografía (EMG); y (4) el registro de la onda F. La estimulación de raíces motoras y los potenciales evocados

somatosensoriales pueden indicarse en algunos pacientes para localizar lesiones proximales. Los resultados anormales incluyen: disminución de la amplitud del potencial de acción nerviosa sensorial, denervación en músculos, y a veces prolongación de la latencia distal.⁽¹³⁾ La resonancia magnética nuclear (muestra edema focal), es además un examen complementario a utilizar para localizar a nivel de raíces, tronco o nervios periféricos individuales.^(14,15) El tratamiento fundamental es de soporte, incluido tratamiento del dolor.⁽¹⁶⁾

Por lo inusual de la presentación en el paciente que se describe, se decidió la presentación de este caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 39 años, que acudió a Servicio de Neurología del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos, por padecer de atrofia de músculos interóseos tanto anteriores como posteriores de la mano derecha.

El paciente refirió que alrededor de un año antes comenzó con dolor intenso de inicio súbito en región interescapular. El dolor alcanzó su máxima intensidad en 10 días y luego comenzó a mejorar, pero comenzó entonces con disminución de la fuerza de las articulaciones interfalángicas de la mano derecha.

Negó antecedentes de trauma reciente y de infección viral. Informó que tiene de profesión albañil.

El examen físico mostró debilidad distal en la mano derecha (4/5, según *Medical Research Council grade*) y atrofia de los músculos interóseos de la misma mano. No se encontró alteración sensitiva.

La electromiografía (EMG) mostró actividad espontánea en el pronador cuadrado derecho y en interóseos con ondas agudas positivas, polifásicas y disminución del patrón de reclutamiento.

El estudio de conducción nerviosa fue normal.

Se concluyó como síndrome de Parsonage-Turner y se comenzó tratamiento con esteroides (primero con cinco pulsos de metilprednisolona y luego con prednisona por vía oral) y con antineurálgicos. El paciente comenzó con mejoría gradual de los síntomas, desapareció primero el dolor y luego, en espacio de 10 meses, mejoró la paresia y atrofia distal.

DISCUSIÓN

El síndrome de Parsonage-Turner se caracteriza por una omalgia intensa seguida de parálisis y amiotrofia generalmente de aquellos músculos inervados por las ramas colaterales posteriores del plexo braquial, con tendencia clara a la reversibilidad completa del proceso en pocos meses. La etiología no queda precisada, se supone de patogenia disimmune. Se da preferentemente en jóvenes, puede ser recidivante y bilateral.

El diagnóstico de esta afección lleva implícito la exclusión de otras afecciones tales como: lesión nerviosa traumática, compresiva, vasculítica, infiltrativa por

neoplasia, esclerosis lateral amiotrófica, que en su inicio puede tener una presentación como lesión única de segunda motoneurona, u otros procesos neurológicos

susceptibles de originar hallazgos neurológicos análogos. Este caso tuvo una forma inusual de presentación, por lo que se decidió su publicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parsonage DA, Turner JW. Neuralgic amyotrophy, the shoulder girdle syndrome. *Lancet*. 1948;1:973-8.
2. Serratrice G, Baudoin D, Pouget J, Blin O, Guieu R. Typical and atypical forms of neuralgic amyotrophy of the shoulder:86 cases. *Rev Neurol(Paris)*. 1992;148(1):47-50.
3. Squintani G, Mezzina C, Lettieri C, Critelli A, Eleopra R. Unusual Parsonage-Turner syndrome with relapses and bilateral simultaneous anterior interosseous neuropathy. *Neurol Sci*. 2009;30(6):513-6.
4. Finstad K, Guajardo JR, Scoville C. Neuralgic amyotrophy associated with antibiotic therapy. *Ann Pharmacother*. 2008;42(9):1344-7.
5. van Alfen N, van der Werf SP, van Engelen BG. Long-term pain, fatigue, and impairment in neuralgic amyotrophy. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009;90(3):435-9.
6. Bellagamba R, Tommasi C, De Marco M, Narciso P. Parsonage-Turner syndrome: a rare case of abacavir hypersensitivity reaction in HIV-infected patients. *J Infect*. 2008;57(1):88-90.
7. Conway RR. Neuralgic amyotrophy: uncommon but not rare. *Mo Med*. 2008;105(2):168-9.
8. Hussey AJ, O'Brien CP, Regan PJ. Parsonage-Turner syndrome-case report and literature review. *Hand (NY)*. 2007;2(4):218-21.
9. Sathasivam S, Lecky B, Manohar R, Selvan A. Neuralgic amyotrophy. *J Bone Joint Surg Br*. 2008;90:550-3.
10. Ayoub T, Raman V, Chowdhury M. Brachial neuritis caused by varicella-zoster diagnosed by changes in brachial plexus on MRI. *J Neurol*. 2010;257(1):1-4.
11. van Alfen N, van Engelen BG, Hughes RA. Treatment for idiopathic and hereditary neuralgic amyotrophy (brachial neuritis). [Internet]. Oxford: Cochrane Collaboration; © 2011[actualizado 20 de enero de 2011; citado 20 de septiembre de 2011]. Disponible en: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab006976.html>.
12. Blanco-Aparicio M, Montero-Martínez C, Couto-Fernández D, Pernas B, Fernández-Marrube M, Vereá-Hernando H. Unilateral Painful Diaphragm Paralysis as the Only Sign of Amyotrophic Neuralgia. *Arch Bronconeumol*. 2010;46(7):390-2.
13. Pal PK, Atchayaram N, Goel G, Beulah E. Central motor conduction in brachial monomelic amyotrophy. *Neurol India*. 2008;56(4):438-43.
14. Gaskin CM, Helms CA. Parsonage-Turner syndrome: MR imaging findings and clinical information of 27 patients. *Radiology*. 2006;240:501-7.
15. Sahin E, Senocak O, Bacakoglu AK, Oztura I, Gozum M, Peker O. Neuralgic amyotrophy as the primary cause of shoulder pain in a patient with rotator cuff tear. *Acta Orthop Traumatol Turc*. 2009;43(2):190-2.
16. van Eijk JJ, van AN, Berrevoets M, van der Wilt GJ, Pillen S, van Engelen BG. Evaluation of prednisolone treatment in the acute phase of neuralgic amyotrophy: an observational study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2009;80(10):1120-4.