

# SÍNDROME DE PARSONAGE-TURNER

## REVISIÓN DE UN CASO Y DE LA BIBLIOGRAFÍA

### AUTORES

Bernardo Sánchez Sánchez, Tamara López Merino, Álvaro Trujillo Fuentes.

### OBJETIVOS

Revisar un caso de Síndrome de Parsonage-Turner y realizar una revisión de la bibliografía al respecto.

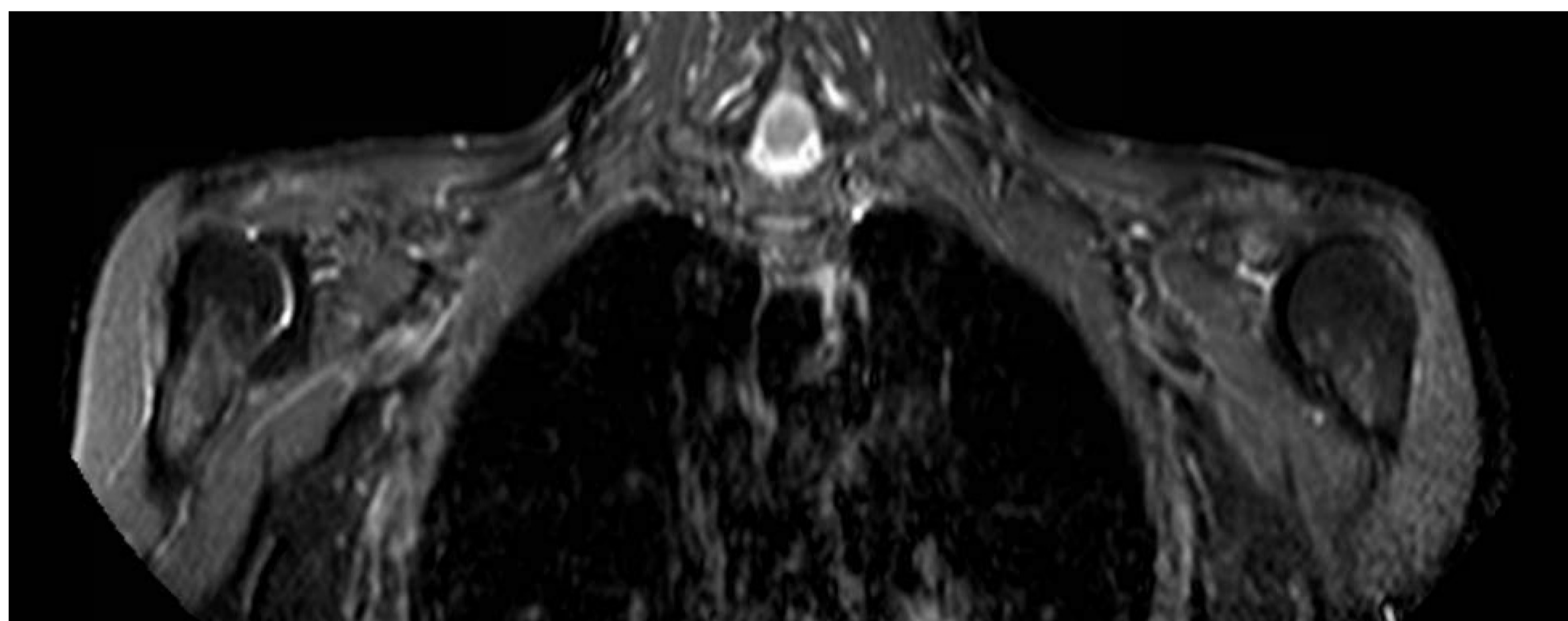
### MATERIAL Y METODOLOGÍA

Se han obtenido los datos del paciente de la base de datos de nuestro hospital y se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos como PubMed.

### RESULTADOS

Paciente varón de 49 años atendido inicialmente en urgencias por dolor agudo de inicio súbito de tipo neuropático con irradiación desde el hombro derecho hasta el codo sin afectar a los dedos de la mano. Preciso tratamiento con morfínicos para el control de los síntomas. Fuerza muscular de supraespinoso 3/5, de infraespinoso a 4-/5. Reflejos osteotendinosos de bíceps y estilorradiar disminuidos. Columna cervical anodina, no dolor a la movilización. Resonancia magnética (IRM) cervical normal. IRM de hombro: discreto aumento de señal en la secuencia STIR a nivel de supra e infraespinoso de hombro derecho que podría indicar cierto grado de denervación.

La EMG de aguja muestra signos de denervación activa en la musculatura dependiente del nervio supraescapular. Tras dos meses con tratamiento analgésico y rehabilitador el paciente presenta una mejoría completa del dolor con un balance articular de hombro completo, aunque persiste cierta atrofia de la musculatura afectada inicialmente.



**IRM:** se evidencia edema en zona de plexo braquial derecho en relación con la clínica de síndrome de Parsonage-Turner.

### CONCLUSIONES

El Síndrome de Parsonage-Turner es una neuritis del plexo braquial de origen desconocido que presenta una incidencia de 1,5 casos/100.000 habitantes, sobre todo en varones durante la 3.a – 5.a décadas de la vida. Tiene un diagnóstico inicialmente clínico, apoyado por las pruebas complementarias. Es necesario hacer el diagnóstico diferencial con otras patologías que afectan tanto a la cintura escapular como a los miembros superiores como tendinitis de los rotadores, neuralgia cervicobraquial, afectación por el VVZ, mielo-radiculopatías compresivas, tumores espinales o del plexo, disección de las arterias cervicales, ELA... Tradicionalmente se ha defendido el tratamiento conservador. En la fase aguda debe ser sintomático, llegando muchos pacientes a precisar opioides por la intensidad del dolor. Publicaciones más recientes, defienden el empleo de tratamiento con corticoides en la fase precoz. Una vez conseguido el adecuado control analgésico se recomienda iniciar tratamiento rehabilitador para mantener la movilidad articular y recuperar la fuerza muscular.

### BIBLIOGRAFÍA

Briceño Procopio F, Rodríguez Montero SA. Parsonage-Turner síndrome. A literatura review. Semin. Fund. Esp. Reumatol. 2010; 11(4): 144-151.  
Misamore G.W. , Lehman D.E. Parsonage-Turner Syndrome (Acute Brachial Neuritis). J Bone Surg Am. 1996; 78, 1405-8.  
Muse L, Contreas O. Síndrome de Parsonage-Turner o neuritis braquial: a propósito de dos casos clínicos. Rev Chil Radiol. 2003; 9: 137-9.