

DOLOR Y LIMITACIÓN FUNCIONAL DE HOMBRO

Autora: Eddy Xiomara Ruiz Cortes. Residente Medicina Física y Rehabilitación, Universidad Nacional de Colombia.

Mujer de 41 años, quien ingresa al servicio de electrodiagnóstico con cuadro de 10 meses de evolución de dolor de inicio agudo intensidad 10/10, constante de tipo punzante, que inicia en hombro derecho y región escapular derecha y se irradia a la región distal del brazo, el dolor no cede con analgésicos comunes y tiende a aumentar con los movimientos del hombro.

Luego de aproximadamente 3 semanas el dolor cede y aparece limitación para los movimientos del hombro derecho. La paciente niega antecedentes traumáticos o infecciosos previos al dolor. Al examen físico se evidencia debilidad en músculos abductores y rotadores de hombro (MRC 4/5) con área de hipoestesia en territorio de C5, hipotrofia a nivel del hombro (ver imagen 1), con reflejos osteotendinosos conservados.



Imagen N°1 Atrofia muscular hombro derecho

Electrofisiología: Se realiza EMG con aguja encontrando abundantes signos de denervación aguda en músculos deltoides e Infraespinoso, con signos de reinervación dados por unidades neuropáticas en músculos deltoides, Infraespinoso y tríceps. En la electromiografía de músculos paraespinales cervicales y de músculos contralaterales no se evidencia anormalidad. Por dificultades técnicas no se realizó estudio de Neuroconducciones.

Análisis: La neuralgia amiotrófica (NA) o el síndrome de Parsonage Turner; es un síndrome neurológico poco común caracterizado por dolor

de inicio agudo en el hombro o brazo seguido por debilidad, pérdida sensitiva y atrofia (1). Es mucho menos común que la radiculopatía cervical, con una incidencia de 2-4/100.000/año; pero casi tan común como el síndrome de Guillain Barré o los tumores primarios malignos del SNC (2). Tenerlo en cuenta es fundamental para diagnosticarlo, ya que tiene un cuadro clínico característico, y así se puede evitar someter al paciente a estudios extenuantes o incluso a cirugías innecesarias (1).

El dolor agudo es inusualmente severo, localizado en el cuello, hombro o brazo (en la escala visual análoga es usualmente mayor de 7), el dolor se presenta en un 96% de los pacientes y a menudo es mayor en la noche o a la madrugada. Una vez el dolor disminuye, se desarrolla paresia, compromiso sensitivo y atrofia en parche. En algunos casos, posterior al dolor agudo se puede presentar dolor mecánico por alteración biomecánica del hombro secundaria al desbalance generado por la debilidad en los músculos afectados. Estudios histológicos evidencian un proceso inflamatorio de base. Se desconoce la etiología aunque se han encontrado varios probables desencadenantes como infecciones, trauma o estrés.

Se produce daño focal en algunos fascículos que forman los troncos, cordones o nervios que conforman el plexo braquial, esto se refleja en una amplia variedad en cuanto a la distribución y la severidad de la paresia y el déficit sensitivo (2). Los patrones que más frecuentemente se presentan son: distribución en el plexo braquial superior (71%) con compromiso del nervio torácico largo en el 50% de los casos, generando una escapula alada, o sin esta lesión en un 21%. Compromiso del plexo braquial inferior (23%), incluyendo síntomas que afectan principalmente el nervio interóseo anterior (3). Casi un 80% tienen síntomas sensitivos y un 15% síntomas autonómicos. En algunos casos se puede comprometer el nervio frénico causando parálisis del diafragma, el nervio laríngeo recurrente o el plexo lumbosacro.

El diagnóstico lo podemos establecer clínicamente por medio de 3 preguntas: 1. Es el dolor, agudo y muy severo (VAS>7)? Si la respuesta es sí, probablemente sea Neuralgia Amiotrófica, pero uno debe considerar otros

diagnósticos diferenciales. 2. Hay limitación en los rangos de movilidad pasivos del hombro? Si la respuesta es negativa probablemente sea Neuralgia Amiotrófica, si la respuesta es afirmativa probablemente sea alguna patología articular del hombro (bursitis, tendinitis etc.). 3. Todos los síntomas (dolor, paresia, alteración sensitiva) siguen una misma raíz? Si la respuesta es negativa probablemente sea Neuralgia Amiotrófica, y si es afirmativa puede ser una radiculopatía cervical (2,(4).

El examen electrofisiológico, incluyendo electromiografía (EMG) y Neuroconducciones (NCS) es usualmente la única investigación que puede soportar el diagnóstico de Neuralgia Amiotrófica (2). Las NCS pueden mostrar reducción en la amplitud del potencial de acción sensitivo en diferentes ramas del plexo (se ve en el 20% de los casos), excluyendo un problema exclusivamente radicular ya que en las radiculopatías es inusual el compromiso sensitivo por ser predominantemente de origen preganglionar; entonces si vemos compromiso sensitivo apoya más el diagnóstico de una NA (5).

Las NCS motoras usualmente no aportan información útil. Las NCS ayudan a descartar otros diagnósticos como la neuropatía multifocal motora; desafortunadamente este estudio no pudo realizarse en esta paciente, lo cual representa una debilidad en este caso, ya que a pesar de lo característico del cuadro clínico, siempre es necesario realizar estudios completos para descartar objetivamente diagnósticos diferenciales de importancia como el mencionado.

El examen con aguja puede identificar anomalías neurogénicas en los músculos afectados, mostrando la severidad y el compromiso multifocal del plexo.

El tratamiento usualmente se realiza manejando el dolor agudo con combinación de antiinflamatorios no esteroideos y opiodes, y con rehabilitación para fortalecer la musculatura afectada compensando la alteración biomecánica producida y evitando complicaciones como contracturas o retracciones.

El pronóstico en general es bueno con tasas de mejoría al año del 36%, al segundo año del 75% y al tercer año del 89% y es mejor cuando se afecta el tronco superior del plexo que cuando se afecta el inferior. La tasa de recurrencia ha sido reportada entre 1-5% en los casos idiopáticos, pero existen algunos casos hereditarios donde la tasa de recurrencia es mayor (1).

REFERENCIAS

- (1) Neuralgic Amyotrophy: Clinical Features And Diagnostic Evaluation. The Neurologist 7:350-356,2001. Devon I,Rubin.
- (2) The Nueralgic Amyotrophy Consultation. J Neurool(2007) 254:695-704.Nens van Alfen
- (3) Parsonage Turner syndrome-Case Report And Literature Review. HAND (2007)2:218-221. A.J Husey
- (4) Differential Diagnosis of Shoulder Pain Followed by Progressive Weakness: A case Report. Journal of Special Operations Medicine. Volume 9, Edition 1/ winter 09. M. Rosenthal.