analesdepediatría

www.analesdepediatria.org

IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Dificultad para elevar el brazo: síndrome de Parsonage-Turner

Difficulty in raising the arm: Parsonage-Turner syndrome

Violeta Martí Enrique*, **Joaquín López Cruz**, **José María Olmos García** y **Fátima Pareja Marín**

Hospital Mare de Déu dels Lliris, Alcoi, Alicante, España

Disponible en Internet el 26 de noviembre de 2024

Niño de 5 años que consulta por impotencia funcional de miembro superior izquierdo (MSI) de 3 semanas de evolución. Sin traumatismo previo. Como antecedentes, la semana previa había presentado una bronquitis aguda.

A la exploración, destaca imposibilidad para elevar el MSI y dolor a la palpación del hombro izquierdo; llamativamente, no presenta dolor en reposo (fig. 1). Pérdida de fuerza en el antebrazo y la mano izquierdos. Resto de exploración normal.

Figura 1 Exploración física con marcada limitación de la abducción del MSI. Por la clínica, se sospecha afectación de la musculatura del manguito rotador, deltoides y musculocutáneo (C5-C6).

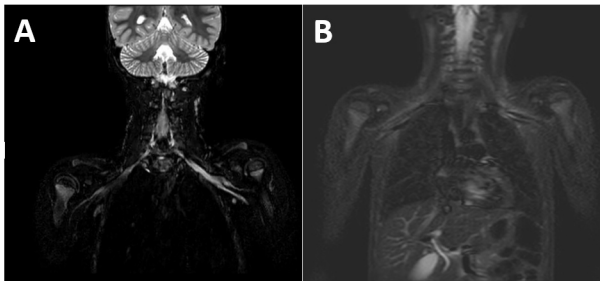


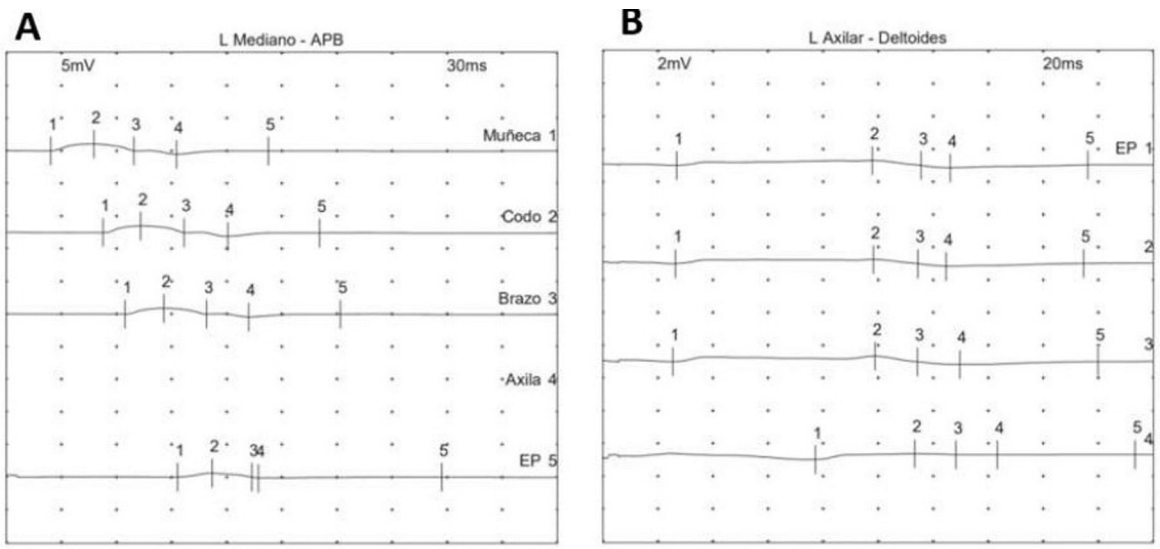
Figura 2 RMN con hiperintensidad de señal en STIR de los troncos del plexo braquial izquierdo (A y B), sin evidencia de discontinuidad o masas asociadas, observando signos de denervación aguda con leve edema muscular de los músculos supraespinoso e infraespinoso. El cordón medular cervical muestra grosor e intensidad de señal normales, sin evidencia de lesiones ocupantes de espacio en el canal raquídeo. Los cuerpos vertebrales, elementos posteriores y discos intervertebrales muestran morfología, alineación e intensidad de señal normal.

Se realiza analítica sanguínea, serologías infecciosas, aspirado nasofaríngeo, radiografía, ecografía del MSI y punción lumbar, sin hallazgos reseñables.

Se realiza RM cerebral y medular, y ante un resultado normal se amplía a RMN de la zona afecta, que revela edema

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: marti_vio@gva.es (V. Martí Enrique).

https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2024.503699
1695-4033/© 2024 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/).



C

Motor NCS

Nervio / Lugares	Latency ms	Ampl mV	Distance mm	Velocity m/s	Área mVms
R Mediano - APB					
Muñeca	2,65	8,2			28,4
Codo	5,27	8,2	155	59,0	27,7
R Mediano - APB					
Muñeca	2,44	8,3			24,7
Codo	5,33	7,8			23,3
Brazo	6,10	6,5			19,4
EP	7,79	9,3			23,7
L Mediano - APB					
Muñeca	2,42	1,1			3,2
Codo	5,27	1,1			3,1
Brazo	6,48	0,9			2,6
EP	9,33	0,6			1,5
R Cubital - ADM					
Muñeca	1,71	10,4			24,2
B. Codo	3,73	11,3			26,5
A. Codo	4,42	12,1			28,4
Brazo	5,67	11,0			26,3
EP	7,29	10,7			26,0
L Cubital - ADM					
Muñeca	1,77	3,4			7,7
B. Codo	3,92	3,3			7,3
A. Codo	4,56	3,4			7,5
Brazo	6,06	3,4			8,2
EP	7,63	3,4			8,5
R Axilar - Deltoides					
EP	2,35	6,3			30,8
2	2,40	6,9			37,2
L Axilar - Deltoides					
EP	2,69	0,3			2,0
2	2,65	0,3			1,9
3	2,54	0,4			2,0
4	7,73	0,4			0,7
R Musculocutáneo - Biceps					
Axila	2,75	3,5			14,5
L Musculocutáneo - Biceps					
Axila	3,65	0,3			0,5
EP	3,50	0,4			0,5

D

Sensory NCS

Nervio / Lugares	Rec. Site	Peak Lat ms	Peak Ampl µV	Distance mm	Velocity m/s
L Mediano - Dedos I-IV					
III	Muñeca	2,94	42,1	105	48,0
II	Muñeca	5,31	13,9		
I	Muñeca	5,25	12,8		
L Cubital - Dedo V					
V	Muñeca	2,58	30,2	110	57,4
L Cubital - Dedo V					
V	Muñeca	2,19	27,3		
V	Codo bajo	4,48	10,3		

Figura 3 C) A nivel motor se estudian parámetros de conducción motora del nervio axilar (B), musculocutáneo, mediano (A) y cubital bilateralmente, estimulando en Erb, brazo, codo y muñeca, y registrando en músculos deltoides, bíceps, abductor corto del pulgar y abductor del V dedo. Se obtiene un potencial de latencia distal normal y amplitud muy descendida en abductor corto y abductor del dedo V izquierdos, con retraso de la respuesta estimulando en Erb para el mediano. D) A nivel sensitivo se estudia el componente sensitivo del mediano izquierdo a nivel de dedo III, y cubital izquierdo a nivel de dedo V. Se obtienen valores de amplitud reducidos normales al estimular distalmente en muñeca, que se reducen significativamente al estimular en codo (la degeneración axonal ha llegado al codo, pero no a la muñeca). Los hallazgos electrofisiológicos mostrados son compatibles con una panplexopatía braquial izquierda aguda con afectación predominante de tronco superior y axonotmesis de los nervios mediano y cubital distal.

a nivel de los músculos del manguito del rotador e hiperintensidad del plexo braquial (fig. 2).

En el estudio neurofisiológico del MSI se objetiva una panplexopatía braquial izquierda aguda que afecta más a tronco superior y axonotmesis en los nervios mediano y cubital distal con disminución de la amplitud axonal. El estudio muscular no es concluyente, no se objetivan fibrilaciones ni fasciculaciones (fig. 3).

La correlación clínico-electrofisiológica y de la RMN son compatibles con el síndrome de Parsonage-Turner[1], entidad muy rara en la edad pediátrica[2].

Se inicia tratamiento rehabilitador y con antiinflamatorios por vía oral[3], presentando mejoría progresiva, aunque de forma lenta hasta el día de hoy (tras un año de evolución).

Bibliografía

1. Cepillo Boluda AJ, Mayordomo Almendros M, Onsurbe Ramírez I, Toledo León D, García Mialdea O, Martín-Tamayo Blázquez MP. Una rareza infradiagnosticada: síndrome de Parsonage-Turner (neuritis braquial aguda). Rev Pediatr Aten Primaria. 2012;14:145–8, http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000300007.
2. IJspeert J, Janssen R, van Alfen N. Neuralgic amyotrophy. Curr Opin Neurol. 2021;34:605–12, http://dx.doi.org/10.1097/wco.0000000000000968.
3. Rotondo E, Pellegrino N, di Battista C, Graziosi A, di Stefano V, Striano P. Clinico-diagnostic features of neuralgic amyotrophy in childhood. Neurol Sci. 2020;41:1735–40, http://dx.doi.org/10.1007/s10072-020-04314-8. PMID: 32140911.