

# Lesión postraumática del plexo braquial superior de Duchenne-Erb

## Instantánea Clínica

Luis Gerardo Domínguez-Carrillo<sup>1</sup>

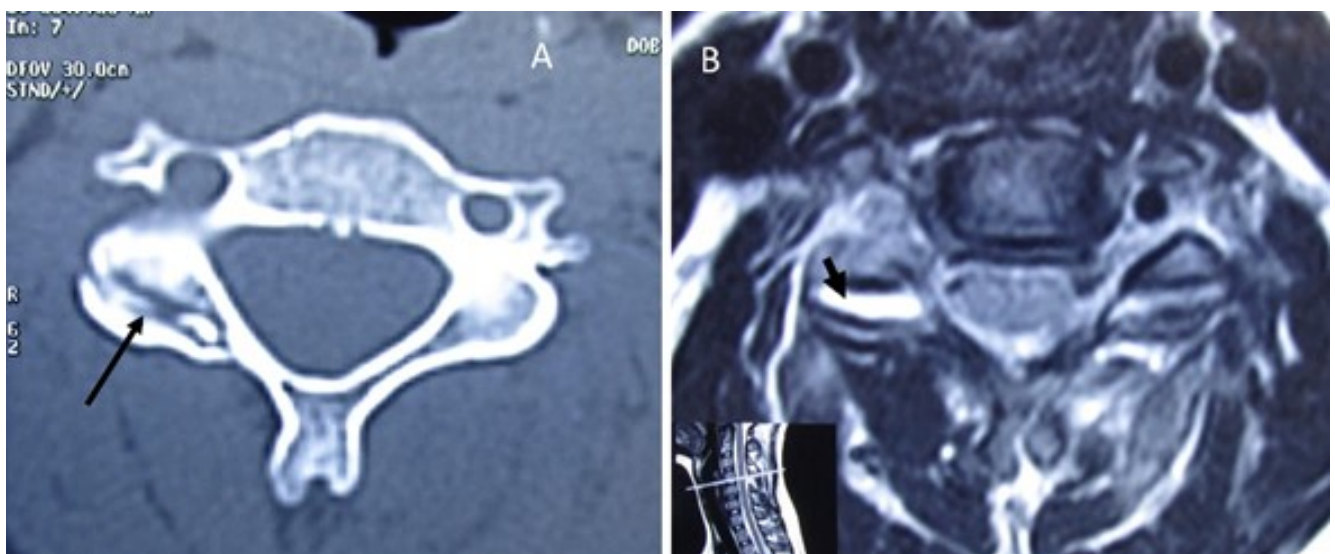
<sup>1</sup> Especialista en Medicina de Rehabilitación. Catedrático de la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato.

Fecha de recepción del manuscrito: 26/Noviembre/2019

Fecha de aceptación del manuscrito: 18/Abril/2020

Fecha de publicación: 01/Septiembre/2020

DOI: 10.5281/zenodo.4202434



**Fig. 1:** Femenino de 23 años después de volcadura de imagen de tomografía computarizada en corte axial a nivel de C4 (Panel A), fractura de la articulación interapofisiaria derecha (flecha). En (Panel B) en imagen axial de resonancia magnética se observa incremento de líquido en la articulación interapofisiaria derecha de C4.

**F**emanino de 23 años, sin antecedentes de importancia, quien sufrió volcadura de automóvil en carretera, presentando politraumatismos y pérdida del estado de alerta por 24 horas, al recuperarlo Glasgow de 14, se llegó en Urgencias a los diagnósticos de: 1- fractura de faceta articular de C4 derecha (Figura, Panel A); 2- fractura del cuerpo vertebral no desplazada de T3; 3- Lesión del Duchenne –Erb del plexo braquial derecho (afectando las raíces C5-C6 y parcial de C7). Manejada con collarín cervical y cabestrillo a miembro torácico derecho, siendo canalizada a los 7 días a Rehabilitación.

A la exploración: Femenino con edad acorde a la real, con collarín cervical y cabestrillo, se observa equimosis en resolución en región lateral del cuello y área supraclavicular derecha; imposibilidad para: flexión, abducción, extensión y rotaciones externas e internas de hombro derecho al igual que para flexión de codo, el examen clínico muscular mostró calificación de 1/5 para supraespinoso, infraespinoso, subescapular, deltoides, bíceps braquial, braquial anterior y coracobraquial derechos; serrato mayor en 3/5; resto de musculatura en calificación 5/5. Sensibilidad con hipoestesia en dermatoma C5 y parestesias en dermatoma C6. Reflejo bicipital ausente, tricipital y estiloradial normales, pulsos y llenado capilar normal. Con diagnóstico de Parálisis del plexo braquial superior de Duchenne-Erb, se solicita resonancia magnética de columna cervical corroborándose diagnóstico (Figura, Panel B), siendo las imágenes compatibles con edema de raíces C5 y C6 derechas inmediatamente a su salida del agujero de conjunción.<sup>1-3</sup> Se inicia tratamiento con esteroides, tiamina, órtesis en posición de esgrimista (hombro en abducción de 90°, codo en flexión de 90° y pronosupinación neutra de codo); aplicación cada tercer día de ultrasonido a región cervical derecha y electroestimulaciones 200 por punto motor a músculos involucrados excepto subescapular. A las 3 semanas de lesión se efectuó electromiografía (E) y velocidades de conducción motora (VCM) de los nervios circunflejo y musculocutáneo; por el momento mostrando VCM con latencia muy larga pero presente, la E mostró presencia de potenciales polifásicos y dado que existe calificación 1/5 (contracción palpable o visible, sin desplazamiento del segmento) para los músculos involucrados, se programa para 2 meses de rehabilitación a base de electroestimulaciones por punto motor a músculos involucrados, pensando se trata de neuropraxia. En la evolución con seguimiento de 2 meses, se observa recuperación paulatina logrando fuerza muscular de 3/5 de manera global, por lo que se continuará su tratamiento con rutina de fortalecimiento muscular.

## REFERENCIAS

- [1] 1. Fisher S, Wadhwa V, Manthuruthil C, Cheng J, Chhabra A. Clinical impact of magnetic resonance neurography in patients with brachial plexus neuropathies. *Br J Radiol.* 2016; 89 (1067):20160503.
- [2] 2. [Guideline] Expert Panel on Neurologic Imaging. Bykowski J, Aulino JM, Berger KL, Cassidy RC, Choudhri AF, et al. ACR Appropriateness Criteria®: Plexopathy. *J Am Coll Radiol.* 2017; 14(5S):S225-S233.
- [3] 3. Ko AL, Ozpinar A, Raskin JS, Magill ST, Raslan AM, Burchiel KJ. Correlation of preoperative MRI with the long-term outcomes of dorsal root entry zone lesioning for brachial plexus avulsion pain. *J Neurosurg.* 2015; 25:1-9.