

Presentación del caso

DR. JUAN PABLO GHISI 

Argus Diagnóstico Médico

*Jefe del Servicio de Resonancia Magnética, Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández",
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina*

DR. ADRIÁN TRACHE

Argus Diagnóstico Médico

*Médico Fellow del Servicio de Resonancia Magnética, Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández",
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina*

DRA. FLORENCIA CARBALLO

*Médica Residente de 3.º año del Servicio de Clínica Médica, Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández",
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina*

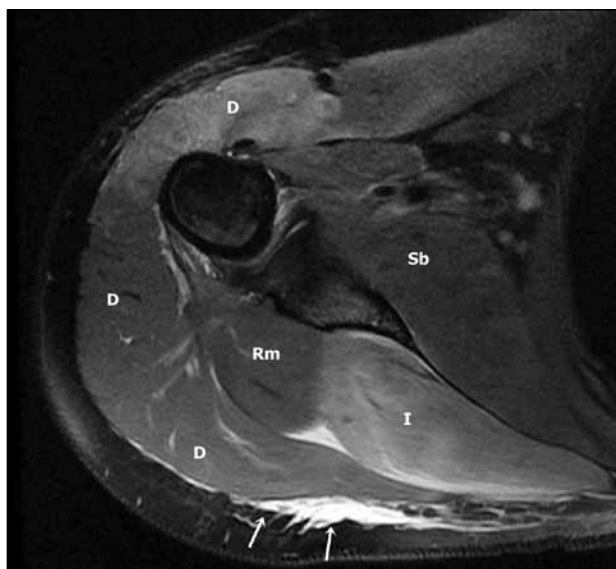
Mujer de 27 años, con antecedentes de sepsis por *Staphylococcus epidermidis*, secundaria a infección de cirugía mamaria, hace tres meses, sin otros antecedentes de relevancia. Consulta, en el Departamento de Urgencias, por omalgia aguda, asociada a edema e impotencia funcional del hombro derecho, que comenzó tres horas después de realizar actividad física intensa de *CrossFit*, que consistió en movimientos de flexo-extensión de los miembros superiores con peso. Se toman radiografías de frente y de perfil del hombro derecho que no muestran hallazgos relevantes. Se prescribe tratamiento con hielo local, analgesia y kinesioterapia motora con magnetoterapia; tiene una mejoría parcial de los síntomas tras dos sesiones. Una semana después evoluciona con edema no doloroso del miembro superior derecho extendido desde la raíz hasta la mano, asociado a parestesias, disminución de la sensibilidad y limitación de la movilidad. Se realiza ecodoppler venoso y se descarta trombosis venosa profunda. Se solicita resonancia magnética (RM) de hombro y miembro superior para profundizar el estudio y valorar la extensión del cuadro.

Hallazgos e interpretación de los estudios por imágenes

Las imágenes de RM en ponderaciones sensibles al líquido muestran alteración de señal en los músculos supraespinoso, infraespinoso, y las porciones clavicular y acromial del deltoides (Figuras 1-4). En nuestro caso, las secuencias obtenidas en ponderaciones T1 fueron normales (Figura 5).



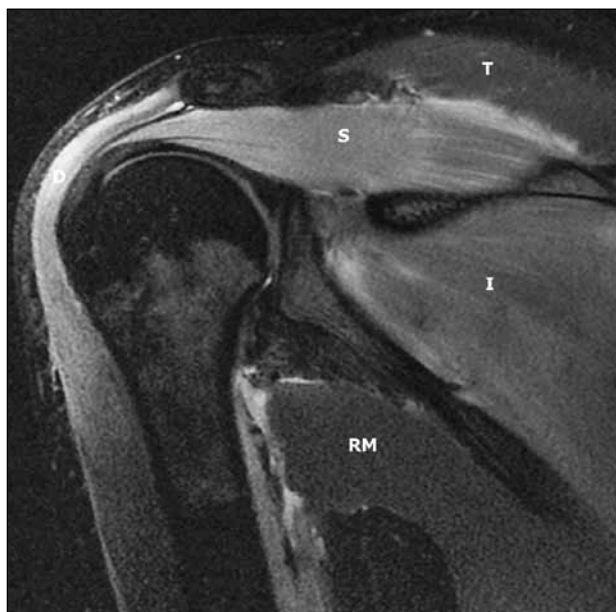
Figura 1. Resonancia magnética, corte axial en ponderación densidad protónica (DP) con supresión de grasa (1900/39.9). Obsérvese el aumento difuso de la señal en los vientres musculares del supraespinoso (S), el infraespinoso (I) y el vientre clavicular del deltoides (D). Compárese con la señal normal del músculo en esta secuencia, como se visualiza en el pectoral mayor (PM) y subescapular (Sb).



▲ **Figura 2.** Resonancia magnética, corte axial en ponderación densidad protónica (DP) con supresión grasa (1900/39.9). Un corte un poco más caudal a la Figura 1 muestra el típico patrón denervatorio en el vientre muscular del infraespinoso (I). Se observa compromiso parcial del deltoides (D), que afecta su vientre clavicular. Rm = redondo menor, Sb = subescapular. Las flechas muestran algo de edema en el tejido celular subcutáneo.



▲ **Figura 3.** Resonancia magnética, corte sagital en ponderación densidad protónica (1600/42.2). Este plano muestra claramente el compromiso del supraespinoso (S) y del infraespinoso (I), inervados por el nervio supraescapular. Se = subescapular, RM = redondo mayor, Rm = redondo menor.



◀ **Figura 4.** Resonancia magnética, corte axial en ponderación densidad protónica (DP) con supresión grasa (2100/53.5). En este plano, se puede observar el compromiso denervatorio del supraespinoso (S) e infraespinoso (I) y del deltoides (D), lo que denota afectación de los nervios supraescapular y axilar, respectivamente. El trapecio (T) y el redondo mayor (RM) muestran la señal normal del músculo esquelético en esta secuencia.



▶ **Figura 5.** Resonancia magnética, corte axial en ponderación T1 (500/10). En esta secuencia, no hay alteraciones en el trofismo o la señal de los diferentes grupos musculares al tratarse de un caso agudo. Esta secuencia es útil para la valoración de la hipotrofia e infiltración adiposa en los casos en evolución crónica.

La anomalía también tiene expresión en la región braquial en donde compromete las cabezas medial y lateral del tríceps (Figuras 6 y 7). La alteración consiste en aumento difuso de la señal en ponderaciones sensibles al líquido, indicativo de edema. Si bien el edema muscular constituye un hallazgo inespecífico por RM, la distribución selectiva de afectación de músculos o grupos musculares sugiere un origen denervatorio. Con el conocimiento de la inervación de los diferentes músculos de la cintura escapular, se puede presumir cuál es el nervio periférico afectado. En nuestro caso, se infiere compromiso de los nervios supraescapular (supraespinoso e infraespinoso), axilar (deltoides) y radial (tríceps). La falta de detección de ninguna causa compresiva en el plexo braquial o en el trayecto de los nervios que se suponen afectados orienta al diagnóstico del caso presentado.

Resolución del caso en la página 54.

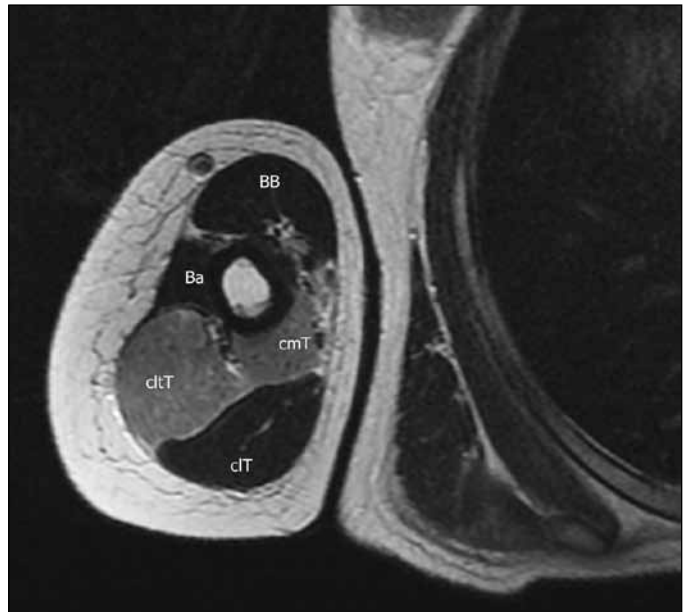


Figura 6. Resonancia magnética, corte axial del brazo, tercio medio, en ponderación T2 (2320/86.3). El compromiso del nervio radial se pone de manifiesto por la afectación denervatoria de las cabezas medial (cmT) y lateral (clT) del tríceps. La cabeza larga (clT) está respetada, pues suele recibir su inervación del nervio axilar.

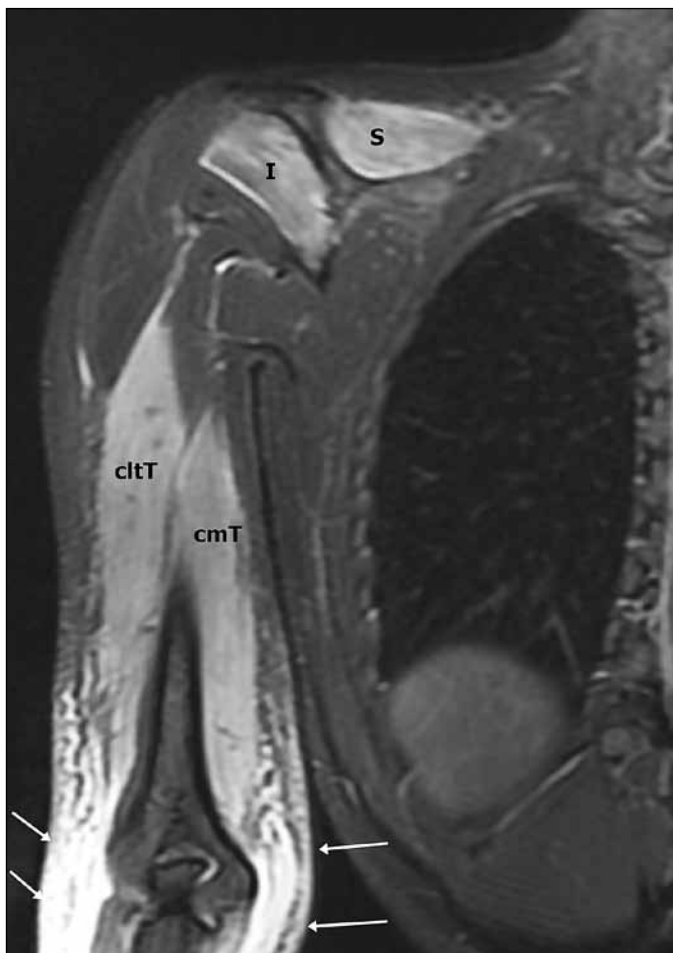


Figura 7. Resonancia magnética, corte coronal del hombro y el brazo derechos en ponderación densidad protónica (DP) con supresión grasa (3000/39.2). Compromiso denervatorio de los músculos supraespinoso (S) e infraespinoso (I) por afectación del nervio supraescapular y de las cabezas medial (cmT) y lateral (clT) del tríceps por compromiso del nervio radial. Las flechas indican edema y tumefacción en el tejido celular subcutáneo del brazo distal y el codo.