



---

---

## RELATO DE CASO

---

---

### SÍNDROME DE PARSONAGE TURNER: UM RELATO DE CASO

### PARSONAGE-TURNER SYNDROME: A CASE REPORT

Henrique Garbellotto Brites<sup>1</sup>  
Fernanda Silva Rosa<sup>2</sup>  
José Savio Gomes<sup>3</sup>  
Aline Vieira Scarlatelli Lima<sup>4</sup>

#### RESUMO

A Síndrome de Parsonage-Turner (SPT) é uma doença rara que acomete a musculatura da cintura escapular, acarretando hipotrofia muscular e grande limitação funcional. A etiologia ainda é indeterminada; acredita-se que existam fatores autoimunes e infecciosos envolvidos. No presente caso foi aventada possível relação com a vacina da influenza. Os sintomas da SPT incluem dor abrupta de um lado da cintura escapular, sendo característico o despertar noturno. É uma condição de difícil diagnóstico, podendo ser confundida inicialmente com espondilose cervical, capsulite adesiva, radiculopatia cervical e bursite. Na investigação diagnóstica, foram realizados exames laboratoriais e ressonâncias magnéticas e eletroneuromiografia que auxiliou na definição diagnóstica. O tratamento envolve a abordagem da dor neuropática e reabilitação visando a recuperação da força e da função muscular. O objetivo dessa descrição é revisar o assunto através de um relato de caso típico mas que, no entanto, não foi inicialmente considerado, servindo de alerta para que diante de quadros de dor aguda em membros superiores seja ponderado o diagnóstico de Parsonage Turner. Dessa forma o assunto se torna mais habitual no ofício médico, facilitando o diagnóstico precoce e oferecendo o prognóstico ao paciente, evitando exames e medicações desnecessárias.

**Descritores:** Neurite do plexo braquial. Vacina contra influenza. Eletroneuromiografia.

#### ABSTRACT

Parsonage-Turner Syndrome (SPT) is a rare disease that affects the musculature of the shoulder girdle, resulting in muscle hypotrophy and functional limitation. The etiology is still undertermined: It is believed that exist autoimmune disorders and infections involved. In this case a possible relationship with the influenza vacinne was suggest. The symptoms of SPT include acute onset pain in one side of the shoulder girdle and frequently awakens pacients from sleep, fact that occurred in this report. This disease has difficult diagnostic and can be confused initially with cervical spondylosis, adhesive capsulitis, cervical radiculopathy and bursitis. In the diagnostic investigation, laboratory exams, magnetic resonances and electroneuromyography were performed, of the latter deserves mention for assisting in the definitive diagnosis and determining the extent of the lesion. There is still no protocol

---

<sup>1</sup>Graduando do Curso de Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL – Campus Tubarão – Tubarão (SC) Brasil. E-mail: [henriquebrites17@gmail.com](mailto:henriquebrites17@gmail.com).

<sup>2</sup>Graduanda do Curso de Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL – Campus Pedra Branca – Palhoça (SC) Brasil. E-mail: [fernandasilvarosa@hotmail.com](mailto:fernandasilvarosa@hotmail.com).

<sup>3</sup>Graduando do Curso de Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL – Campus Tubarão – Tubarão (SC) Brasil. E-mail: [josesavio\\_gomes@hotmail.com](mailto:josesavio_gomes@hotmail.com).

<sup>4</sup>Mestre em Ciências Médicas; Professora do Curso de Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL – Campus Tubarão – Tubarão (SC) Brasil. E-mail: [alinevieiralima@hotmail.com](mailto:alinevieiralima@hotmail.com).



for specific treatment, but it should be focused on reducing neuropathic pain and recovering muscle strength and function. The purpose of this description is to review the subject through a typical case report, which, however, was not initially considered, serving as a warning so that in the face of acute pain in upper limbs, the diagnosis of Parsonage Turner should be considered. Thus, the subject becomes more usual in the medical craft making the clinical evaluation more careful so that the diagnosis is early and offers a better prognosis to the patient, avoiding unnecessary exams and medications.

**Keywords:** Brachial plexus neuritis. Influenza vaccine. Electroneuromyography.

## INTRODUÇÃO

A síndrome de Parsonage-Turner (SPT), também conhecida como neurite do plexo braquial, síndrome da cintura escapular ou neuralgia amiotrófica (NA), foi inicialmente descrita por Dreschfeld em 1887, que relatou uma forma rara de atrofia muscular(1). Caracteriza-se por dor neuropática de início agudo ao redor da cintura escapular com duração de 2 a 3 semanas, seguido por paralisia e subsequente atrofia muscular, ocasionalmente associada à escápula alada(2). A causa de SPT ainda é desconhecida, porém acredita-se que fatores autoimunes, genéticos, infecciosos, ambientais e processos biomecânicos estejam associados com a patologia(2,3).

Trata-se de uma doença rara, descrita com uma incidência que varia de 2 a 3 casos por 100 mil indivíduos por ano(4). No entanto, estima-se que a verdadeira incidência anual seja de 20 a 30 casos por 100 mil indivíduos, devido ao fato de que essa patologia é subdiagnosticada e, muitas vezes, motivo de angústia tanto para o médico quanto para o paciente(1,5).

No presente estudo, apresentamos um caso de SPT onde abordaremos as características clínicas, resultados do exame neurofisiológico e propedêutica a fim de tornar o assunto mais habitual no ofício médico.

## DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente sexo feminino, 40 anos, branca, procedente de Brasília/DF foi admitida no Pronto Socorro Ortopédico em março de 2017, com queixa de dor do tipo queimação e agulhadas, de forte intensidade e início súbito durante a madrugada. A dor localizava-se no ombro esquerdo com irradiação até o punho, causando limitação funcional, principalmente da rotação externa do ombro esquerdo. A paciente não relatava história recente de cirurgia, infecção ou traumas, mas referiu ter recebido vacina da influenza 2 meses antes do quadro álgico. Nessa primeira avaliação, não foram observadas alterações ao exame físico.

A paciente realizou ressonância magnética (RM) do ombro esquerdo, cujo diagnóstico foi de bursite subacromial e, então, indicado fisioterapia. Apesar do tratamento fisioterápico, houve



progressivamente piora do quadro álgico o que levou a paciente a retornar ao ortopedista que, então, manteve o tratamento fisioterápico, associado a analgesia e acupuntura.

No segundo ciclo de fisioterapia, a paciente retornou ao hospital com limitação funcional do ombro e braço esquerdo que impedia a realização de atividades da vida diária. Além disso, relatava dor intensa e fraqueza. Foi, então, solicitado uma segunda RM, cujo diagnóstico foi de tendinite do manguito rotador. Após 7 meses de tratamento fisioterápico, devido à ausência de melhora clínica, a paciente novamente retornou ao ortopedista, que investigou causas inflamatórias sistêmicas, sendo tal diagnóstico excluído após o resultado dos exames laboratoriais. Dessa forma, foi sugerido a manutenção do tratamento prescrito.

Devido à piora progressiva do quadro doloroso e funcional, foi solicitado o exame de eletroneuromiografia (ENMG) do membro superior esquerdo, que evidenciou alterações sugestivas de envolvimento do nervo supraescapular esquerdo e em menor grau no nervo axilar esquerdo, sendo tais achados sugestivos de Neurite do Plexo Braquial (Síndrome de Parsonage-Turner).

Após o diagnóstico, foi prescrito fisioterapia, pilates, e suplementação com vitamina B12. Atualmente, em 2020, a paciente apresenta ombro esquerdo normal, escápula sem alterações e nenhuma limitação funcional.

## DISCUSSÃO

A síndrome de Parsonage-Turner (SPT) é uma doença que acomete a musculatura inervada pelo plexo braquial, resultando em um distúrbio doloroso não traumático na cintura escapular seguido de déficits neurológicos progressivos (6).

Os relatos de SPT variam de 2 a 3 casos por 100 mil indivíduos por ano, no entanto, acredita-se que a incidência real seja de aproximadamente de 20 a 30 casos por 100 mil indivíduos. Acomete pacientes com maior frequência entre a terceira e a sétima décadas de vida e o gênero masculino é o mais acometido(2,4).

O principal sintoma apresentado pela paciente foi a dor aguda do tipo queimação unilateral de ombro que despertou a paciente durante o sono. Tal característica é relatada na literatura como sintoma de apresentação predominante em 90 a 95% dos pacientes, geralmente unilateral (7,8). Além disso, é comum a irradiação da dor para o braço e pescoço e o agravamento da mesma pelo movimento do ombro(7). O quadro álgico pode durar de poucas horas a três semanas, evoluindo para próxima fase típica da síndrome caracterizada por paresia progressiva e atrofia(8). Nesse relato vale ressaltar que a dor durou mais de três semanas e continuou mesmo após a limitação funcional, destacando-se como apresentação atípica em que não ocorre a progressão clássica dos sintomas(9,10).



A etiologia da SPT não é bem definida, atribuindo-a a fatores autoimunes, genéticos, ambientais, infecciosos e processos biomecânicos. A hipótese atual sugere que as possíveis causas incluam infecções virais (25 a 55%), vacinas (15%), períodos perioperatórios e peripartos (>14%) e após exercício extenuante (8%)(2,11). Dentre os agentes virais relacionados a SPT, destacam-se: varíola, influenza, coxsackie, citomegalovírus, parvovírus B19, Epstein-Barr e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)(9,12,13). No presente caso, a reação imunológica após imunização contra vírus da influenza, pode ter sido um fator desencadeante da neurite do plexo braquial.

O diagnóstico da SPT é motivo de frustração para muitos dos médicos que atendem essa patologia, devido a semelhança que esse quadro clínico apresenta com outros distúrbios como espondilose cervical, capsulite adesiva, radiculopatia cervical e bursite, conforme visto nesse relato de caso(1,5,14). Para que haja uma maior acurácia no diagnóstico da SPT é fundamental uma boa anamnese e exame físico, compreender a cronologia da síndrome e utilizar métodos complementares como ENMG e RM(15,16). No exame físico, pode ser encontradas alterações na motilidade e função de músculos inervados pelo plexo braquial (C5, C6, C7, C8 e T1), como o paciente desse relato que apresentou escápula alada (figura 1) (17,18).

Além disso, a SPT acomete mais frequentemente os nervos supraescapulares, torácicos longos e axilares individualmente ou combinados, fato que também foi confirmado no presente relato, sendo observado por meio da ENMG acometimento dos nervos supraescapular e axilar esquerdos (figura 1)(7,8,19,20). Outros exames de imagem e laboratoriais podem ajudar a excluir outras causas de dor no ombro, porém, em grande parte, permanecem inconclusivos para o diagnóstico de SPT(21).

Ainda que não exista um protocolo de tratamento específico, deve-se tratar a dor neuropática, recuperar a força e a função muscular(17,21). Os estudos indicam tratamento conservador, baseado em analgesia e reabilitação fisioterapêutica(2,15,21). Outros estudos obtiveram bons resultados utilizando corticoesteróides no início do quadro, reduzindo a dor aguda e continuaram com uma combinação de analgésicos e/ou AINES(15,17,22). Em casos mais graves, também é discutido o uso de opióides e administração de imunoglobulina intravenosa(10,22). Além do tratamento medicamentoso, a fisioterapia mostrou-se eficaz tanto no início do tratamento para aliviar a tração dos nervos envolvidos quanto na recuperação do trofismo muscular e do estado funcional(17,22).

## CONCLUSÃO

A SPT é uma condição que gera profuso desconforto ao paciente e deve ser abordada precocemente para evitar propeidéticas desnecessárias e maior tempo de recuperação. Em pacientes com dor supraclavicular aguda, seguida de fraqueza e perda da função deve-se pensar em tal síndrome,



sendo fundamental realizar uma boa anamnese e exame físico detalhado, e sempre que possível, utilizar métodos complementares como ENMG e RM.

## REFERÊNCIAS

1. dos Santos RBM, dos Santos SM, Leal FJCC, et al. Síndrome de Parsonage-Turner. Rev Bras Ortop. maio de 2015;50(3):336–41.
2. Cavalheiro CS, Costa R de MR, Caetano EB, et al. Síndrome de Parsonage-Turner. Rev Fac Ciênc Médicas Sorocaba. 19 de julho de 2016;18(2):70–4.
3. Oliveira SG de, Pombo EH, Batista PR de, et al. Síndrome de Parsonage-Turner: relato de caso em paciente HIV soropositivo. Rev Bras Ortop. 2010;45(4):456–9.
4. Milner CS, Kannan K, Iyer VG, Thirkannad SM. Parsonage-Turner Syndrome. Hand N Y N. junho de 2016;11(2):227–31.
5. van Alfen N. Clinical and pathophysiological concepts of neuralgic amyotrophy. Nat Rev Neurol. 10 de maio de 2011;7(6):315–22.
6. Cadilha R, Amorim H, Pinto M, et al. Um Caso Atípico e Grave de Amiotrofia Neurálgica. Rev Soc Port Med Física E Reabil. 2017;29(2):36–40.
7. Smith CC, Bevelaqua A-C. Challenging Pain Syndromes: Parsonage-Turner Syndrome. Phys Med Rehabil Clin. 1º de maio de 2014;25(2):265–77.
8. Perez S. Síndrome de Parsonage-Turner en infancia y adolescencia. Caso clínico. Arch Argent Pediatr. 1º de outubro de 2012;110(5):e107–9.
9. Ibrahim R, Krivitsky M, Nicola M, et al. Atypical Presentation of Parsonage-Turner Syndrome. Cureus [Internet]. [citado 10 de setembro de 2020];12(6). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7388810/>
10. Eijk JJJV, Groothuis JT, Alfen NV. Neuralgic amyotrophy: An update on diagnosis, pathophysiology, and treatment. Muscle Nerve. 2016;53(3):337–50.
11. Schmaedecke CC. Missão “Transmitir aos médicos informações úteis para sua prática diária e possibilitar aos pesquisadores, particularmente os mais jovens, a divulgação dos seus trabalhos de pesquisa.” :72.
12. Rezende S. SÍNDROME DE PARSONAGE-TURNER: RELATO DE CASO EM PACIENTE HIV SOROPOSITIVO. Rev Bras Ortop. 2010;45(4):336–41.



13. Brown JM, Yee A, Ivens RA, et al. Post-cervical decompression parsonage-turner syndrome represents a subset of C5 palsy: six cases and a review of the literature: case report. *Neurosurgery*. dezembro de 2010;67(6):E1831-1843; discussion E1843-1844.
14. González Rebollo AM, Antón Andrés MJ, Martínez Pardo F, et al. Revisión bibliográfica del síndrome de Parsonage-Turner. *Rehabilitación*. 1º de janeiro de 2014;48(1):54–60.
15. Stutz CM. Neuralgic amyotrophy: Parsonage-Turner Syndrome. *J Hand Surg*. dezembro de 2010;35(12):2104–6.
16. 270223.pdf [Internet]. [citado 10 de setembro de 2020]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/112371/2/270223.pdf>
17. Seror P. Neuralgic amyotrophy. An update. *Joint Bone Spine*. março de 2017;84(2):153–8.
18. O bom, o mau e o feio2 RBN 2012.pdf [Internet]. [citado 10 de setembro de 2020]. Disponível em: <http://neurobarraconsult.com.br/files/O%20bom,%20o%20mau%20e%20o%20feio2%20RBN%202012.pdf>
19. Sneag DB, Saltzman EB, Meister DW, et al. MRI bullseye sign: An indicator of peripheral nerve constriction in parsonage-turner syndrome. *Muscle Nerve*. 2017;56(1):99–106.
20. (PDF) Síndrome de Parsonage-Turner - a Importância da Ressonância Magnética num Caso de Omalgia e Perda de Força com Início Súbito [Internet]. ResearchGate. [citado 10 de setembro de 2020]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/340584019\\_Sindrome\\_de\\_Parsonage-Turner\\_-\\_a\\_Importancia\\_da\\_Ressonancia\\_Magnetica\\_num\\_Caso\\_de\\_Omalgia\\_e\\_Perda\\_de\\_Forca\\_com\\_Inicio\\_Subito](https://www.researchgate.net/publication/340584019_Sindrome_de_Parsonage-Turner_-_a_Importancia_da_Ressonancia_Magnetica_num_Caso_de_Omalgia_e_Perda_de_Forca_com_Inicio_Subito)
21. Ortiz Torres M, Gudlavalleti A, Mesfin FB. Brachial Plexitis (Parsonage Turner Syndrome, Brachial Neuropathy, Brachial Radiculitis). In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [citado 10 de setembro de 2020]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448114/>
22. Tjoumakaris FP, Anakwenze OA, Kancherla V, et al. Neuralgic Amyotrophy (Parsonage-Turner Syndrome). *JAAOS - J Am Acad Orthop Surg*. julho de 2012;20(7):443–449.



## FIGURAS

**Figura 1** - Fase aguda do primeiro episódio de amiotrofia neurálgica, demonstrando escápula alada à esquerda.

