

PLEXITIS BRAQUIAL ASOCIADA A ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

Revisión sistemática a propósito de un caso

Cabaleiro -Raña, N; Santos-Álvarez, D; Romar de las Heras, L; Cervantes Pérez, EC; Álvarez-Reguera, C; Souto Vilas, A; Fernández Aguado, S; Caeiro Aguado, M; Romero-Yuste, S
Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

INTRODUCCIÓN

La **plexitis braquial (PB)** aguda es una neuritis caracterizada por omalgia, cervicobraquialgia, debilidad y atrofia de la musculatura braquial. Habitualmente es unilateral, pudiendo ser bilateral hasta en el 25% de los casos. Presenta una incidencia de 1,5 casos/100.000 habitantes, más en varones y en la 3º-5º décadas de la vida. Suele ser idiopática, pero también se ha vinculado a procesos autoinmunes como la **arteritis de células gigantes (ACG)**.

Caso clínico



69 años

Motivo de consulta:

- Cefalea y cervicalgia (1 mes)
- Debilidad /hipoestesia de miembro superior izquierdo (15 días)

Antecedentes personales:

- Polimialgia reumática (en remisión)
- Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia

Pruebas complementarias:

Análítica:

- ↑ RFA (PCR 10.8 mg/dl, VSG 58 mm/h)

Electroneurograma:

- Afectación de raíces C5 y C6 izqdas (PB)

Biopsia arteria temporal:

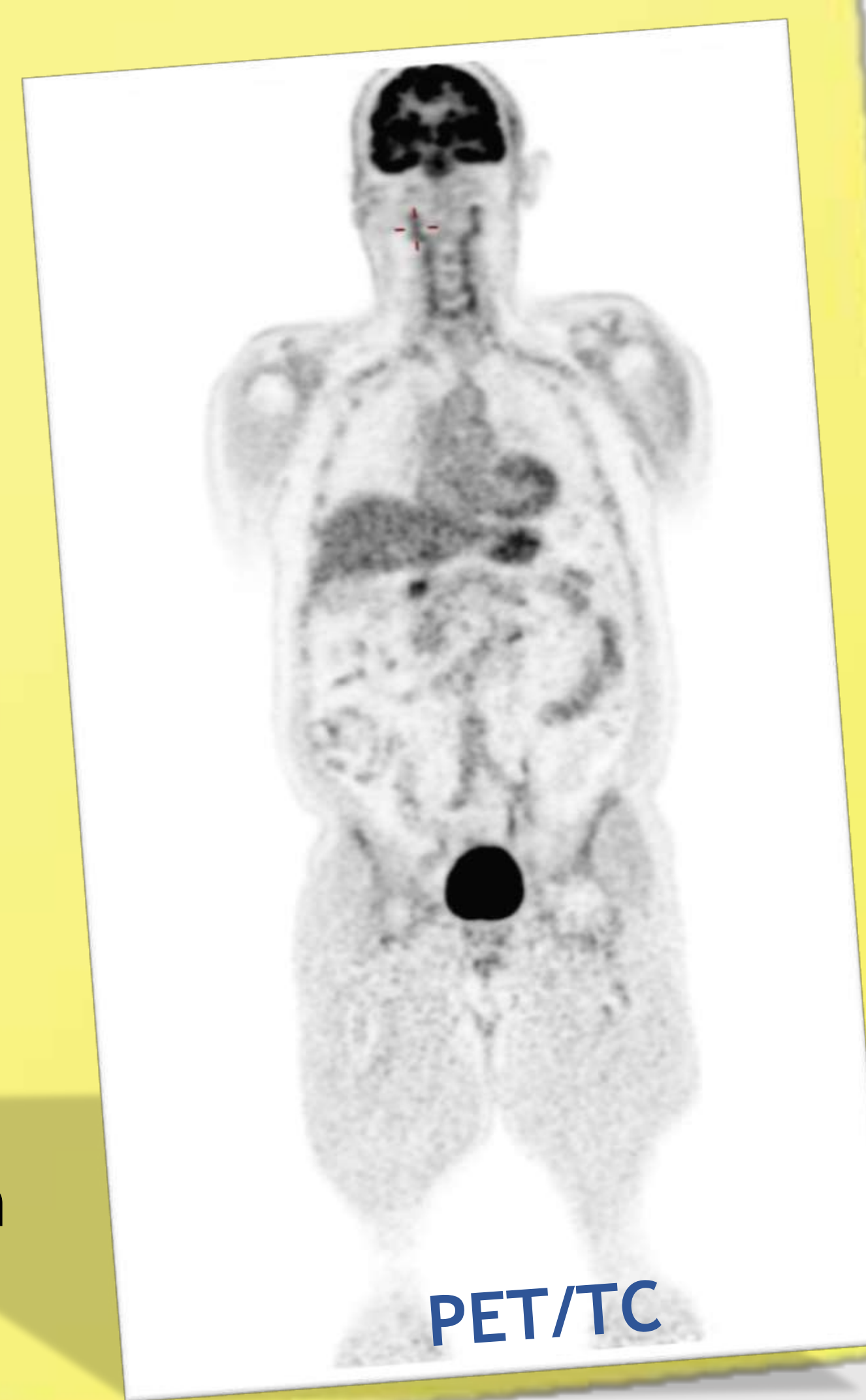
- Compatible con ACG

Tratamiento:

- Metilprednisolona (1g/24 horas): 3 días
- Prednisona oral (40mg) con descenso
- Tocilizumab 162mg/semana subcutáneo

Evolución:

Mejoría clínica general y neurológica con normalización de RFA en 1 mes



*RFA: reactantes de fase aguda

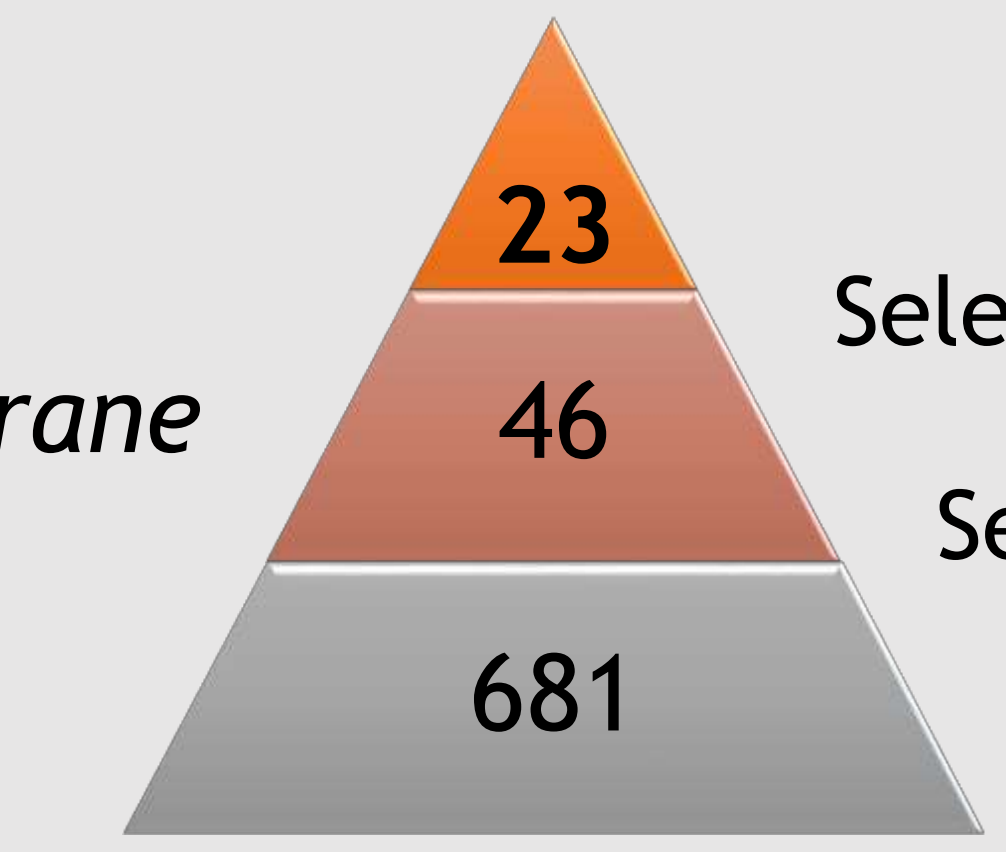
*PCR: proteína C reactiva

*VSG: velocidad de sedimentación globular



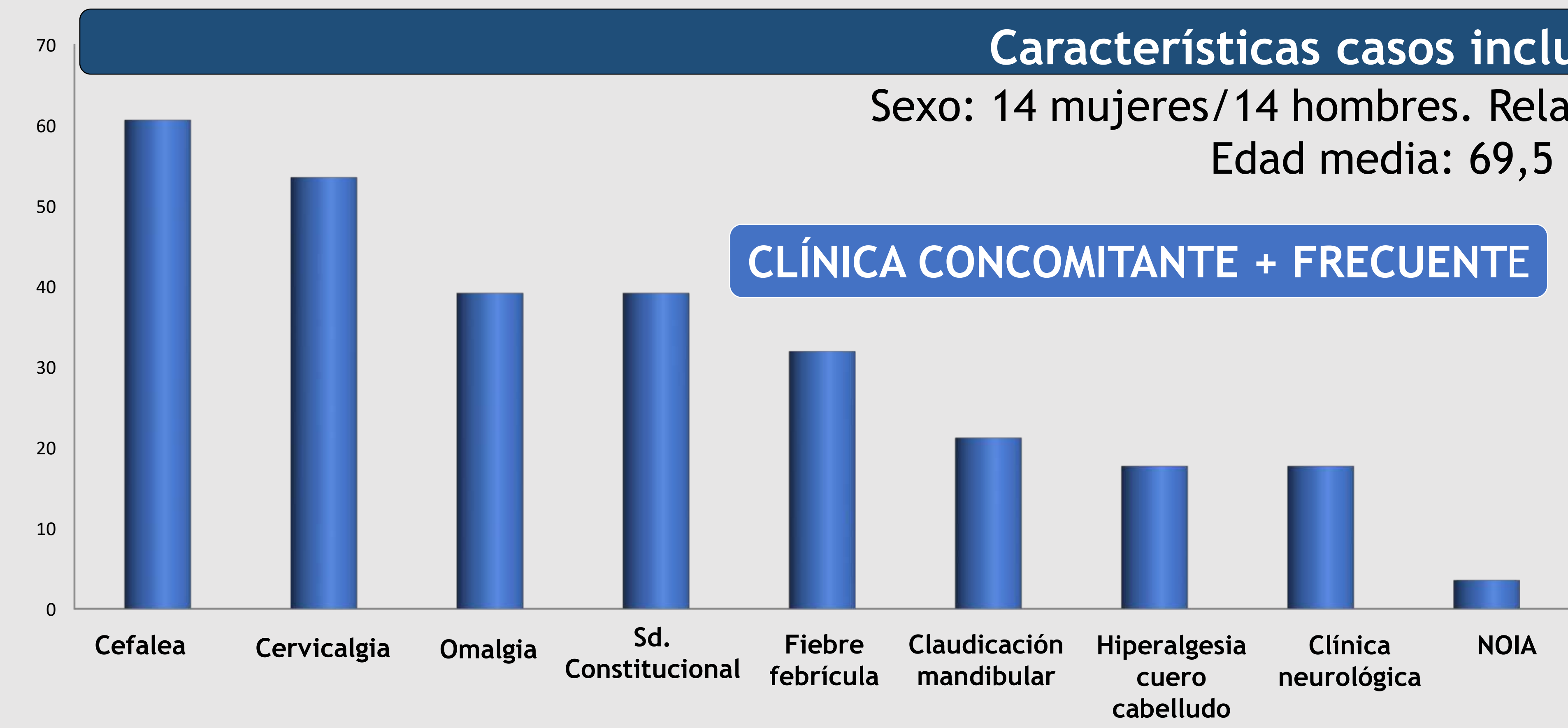
Casos de PB en contexto de ACG en:
Pubmed, Embase, Web Of Knowledge y Cochrane

23 artículos (27 casos)



Selección tras lectura completa
Selección por título/abstract
X duplicados

Revisión sistemática



Características casos incluidos (27+1)

Sexo: 14 mujeres/14 hombres. Relación mujer/hombre: 1:1
Edad media: 69,5 (53-85)

CARACTERÍSTICAS PLEXITIS BRAQUIAL	
Afectación unilateral	42,9%
Afectación bilateral	57,1%
Raíces más afectas	C5 (100%) y C6 (85,7%)
Raíces menos afectas	C4 (14,3%) y C7 (25%)

RFA (PCR y VSG)	
VSG > 50mm/h	75%
VSG > 100mm/h	35,7%
PCR (Mediana)	17,6 (1,8-79)

TRATAMIENTOS Y EVOLUCIÓN	
Remisión completa con GC	89%
Respuesta parcial (déficit NRL)	7,1%
Asociación de otros IS a GC *CF, MTX, TZL	7,1%
Fallecimientos (2 casos) -Parálisis diafragmática -TEP bilateral	7,1%

*NOIA: neuropatía óptica isquémica anterior; GC: glucocorticoides; IS: inmunosupresores; CF: ciclofosfamida; MTX: metotrexato; TZL: Tocilizumab; TEP: tromboembolismo pulmonar

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS		
Tipo de prueba:	Nº pacientes:	Resultado compatible ACG:
• Ecografía vascular	7 (25%)	5 (71,4%)
• PET/TC	6 (21,4%)	6 (100%)
• Biopsia arteria temporal	28 (100%)	27 (96,4%)

CONCLUSIONES

- La PB afecta de forma indistinta a hombres y a mujeres, con alteración predominante de C5-C6 y bilateral.
- Además de la cefalea típica de la ACG, los casos asociados a PB suelen presentar cervicalgia y omalgia. Hasta el 18% de los casos asocian otra afección neurológica (pares craneales).
 - Los RFA están elevados en la inmensa mayoría de los casos.
- Tanto la ecografía vascular como el PET/TC revelaron alteraciones compatibles con ACG en la mayoría de pacientes y la biopsia temporal resultó positiva en el 100% de los casos.
- A diferencia de la NOIA, la PB suele responder de forma completa a GC en monoterapia, pero el tratamiento debe instaurarse precozmente para evitar déficits permanentes.