

## Amiotrofia neurálgica bilateral. A propósito de un caso y revisión bibliográfica

### Bilateral neuralgic amiotrophy. Case report and literature review

Úbeda Pérez de Heredia I, Montañés Uceda AJ, Sobrá Hidalgo GA, Ansedo Alonso JC

Hospital FREMAP Sevilla. Servicio de Traumatología. Sevilla, España.

#### Resumen

Se presenta un caso atípico de amiotrofia neurálgica bilateral que debutó con dolor de intensidad leve-moderada y que evolucionó desfavorablemente hacia una amiotrofia de ambos deltoides que incapacitó permanentemente y totalmente al paciente para el desempeño de su trabajo habitual.

#### Palabras clave:

Neuralgia, amiotrofia, hombro, músculo deltoides.

#### Abstract

The following case is an atypical bilateral neuralgic amiotrophy which started with mild to moderate pain and evolved unfavourably towards atrophy of both Deltoid muscles, leading to a permanent incapacity for the patient's job.

#### Key-words:

Neuralgic, amiotrophy, shoulder, Deltoideus muscle.

#### Introducción

La amiotrofia neurálgica del hombro, también llamada neuritis braquial aguda idiopática, neuropatía del plexo braquial, neuritis local de la cintura escapular, radiculitis aguda braquial o síndrome de Parsonage-Turner [1], es una afectación neuromuscular rara de etiología desconocida que se caracteriza por dolor intenso de comienzo brusco y paresia progresiva de los nervios de la cintura escapular. Suele aparecer de forma espontánea en sujetos sanos y, por norma general, tiene un pronóstico favorable. Se presenta un caso atípico de afectación bilateral que debutó con dolor de intensidad leve-moderada y que evolucionó desfavorablemente hacia la atrofia crónica de ambos hombros.

#### Caso clínico

Varón de 31 años de edad sin antecedentes personales ni familiares de interés, sin alergias a fármacos conocidas, que en el postoperatorio inmediato de una herniorrafia inguinal presentó un cuadro de omalgia derecha de instauración

brusca, sin mecanismo traumático ni desencadenante conocidos, motivo que le llevó al servicio de urgencias.

En la exploración física inicial no se apreciaron signos traumáticos externos, atrofas musculares ni deformidades, presentando el paciente un arco de movilidad glenohumeral completo sin disminución del balance muscular, y encontrándose como único hallazgo una discreta hipertonía a nivel de trapecio derecho y dolor de intensidad leve-moderada al realizar las maniobras de compromiso subacromial.

En la primera asistencia en el servicio de urgencias se le realizó un estudio radiográfico simple de hombro sin encontrar hallazgos patológicos. Inicialmente fue diagnosticado de contractura del músculo trapecio derecho, pautándose antiinflamatorios no esteroideos y miorrelajantes, que no mejoraron la sintomatología.

El paciente precisó dos nuevas asistencias de urgencia: la primera a los cuatro días por persistencia del dolor a pesar del tratamiento analgésico, y la segunda a los 15 días por un incremento de su omalgia, que se había extendido a ambas cinturas escapulares y columna dorsal, y que se ponía en evidencia tanto en reposo como con la actividad.

La nueva exploración física de ambos hombros reveló un arco de movilidad doloroso con impotencia funcional para

#### Correspondencia

I Úbeda Pérez de Heredia  
Hospital FREMAP Sevilla. Avenida Jerez s/n. 41012 Sevilla, España.  
e-mail: dr.iubedap@gmail.com

la abducción activa bilateral, y una hipertonía de ambos músculos trapecio y deltoides. La exploración del raquis cervico-torácico no presentó hallazgos. Se procedió a la administración de anestésico local intraarticular para realización de test de Neer, que fue negativo.

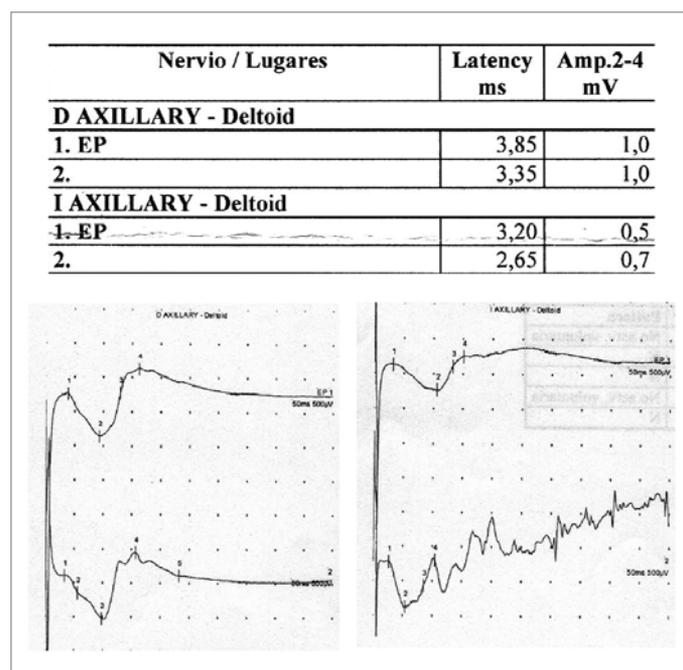
Por no llegar a un diagnóstico músculo-esquelético de certeza se derivó al servicio de medicina interna, donde se procedió a nuevos estudios radiográficos y de laboratorio que no aportaron datos significativos, siendo el hemograma y el tiempo de coagulación normales, y encontrándose solamente algunos datos inespecíficos (GPT=58, GGT=79, CPK=167). La ecografía de hombro fue normal. La RMN del hombro derecho presentó un mínimo derrame articular de la articulación acromio-clavicular sin alteraciones de los músculos supraespinoso e infraespinoso, con engrosamiento con hiperseñal del tendón del músculo subescapular sin solución de continuidad en relación con tendinosis del mismo. La RMN del hombro izquierdo estaba dentro de la normalidad. La RMN de la columna cervical mostró rectificación de la lordosis fisiológica, sin evidencia de mielopatía cervical, ni hernias discales en los diferentes niveles explorados.

Las pruebas diagnósticas no aclaraban el intenso dolor referido por el paciente, por lo que, ante la sospecha de etiología neurológica, se le remitió al servicio de neurología, donde, tras estudio electromiográfico, se concluyó la afectación de ambos nervios circunflejos que conducían con muy escaso volumen axonal, presentando escasos signos de actividad y llegándose al diagnóstico definitivo de amiotrofia neurálgica bilateral.

Se instauró tratamiento con corticoterapia, que se suspendió por falta de respuesta, y rehabilitación, evolucionando el cuadro hacia una marcada amiotrofia de ambos

músculos deltoides, con pérdida de fuerza manifiesta para la abducción de ambos hombros (Figura 1)

En posteriores electromiogramas (seriados cada tres meses) se evidenció una afectación intensa de ambos nervios circunflejos, con importante pérdida axonal y signos de denervación, sin ninguna mejoría con respecto a estudios anteriores (Figura 2), situación que se ha mantenido estacionaria hasta el alta con secuelas permanentes del paciente, que resultó incapacitado para su trabajo habitual.



**Fig. 2.** Marcada atrofia de ambos músculos deltoides en el paciente del caso clínico.



**Fig. 1.** Electroneurografía motora de nervio axilar derecho e izquierdo, con reducción de la amplitud de las respuestas tras la estimulación. Se aprecia pérdida axonal y signos de denervación activa en la musculatura dependiente de ambos nervios axilares.

## I Discusión

La amiotrofia neurálgica del hombro es una rara alteración neuromuscular del hombro, que se caracteriza por dolor intenso de comienzo brusco, unilateral, que generalmente remite de forma completa en unos días, instaurándose una paresia progresiva en la musculatura de la cintura escapular, siendo más frecuentemente afectados el nervio circunflejo y el nervio supraescapular [2]. Suele aparecer en pacientes jóvenes y sanos de forma espontánea. Un porcentaje de ellos se recupera en un periodo breve de tiempo, aunque cuando esto no sucede se prevé una prolongación de la sintomatología de 1-3 años. El pronóstico es favorable por norma general [3], aunque los resultados no son tan benignos como se ha asumido [4]. Se ha especulado acerca de los factores que precipitarían la aparición del cuadro, tales como traumatismos, infecciones, ejercicios pesados, cirugías, inmunización y mecanismos autoinmunes, pero no existe una asociación demostrable [5].

Debido a su poca incidencia, no es infrecuente que los pacientes sean derivados de una a otra especialidad. De hecho, llegar a un diagnóstico de certeza puede constituir un reto, y por ello ha de realizarse una exhaustiva anamnesis y exploración física [6].

El diagnóstico se basa en la historia clínica. No existen pruebas complementarias específicas que permitan confirmar el diagnóstico de la neuralgia amiotrófica. No obstante, tanto el EMG como la RNM pueden proporcionar valiosa información que ha de interpretarse adecuadamente en el contexto clínico del paciente. La electromiografía-electroneurografía muestra una denervación aguda derivada de una neuropatía axonal, y en la RNM es frecuente la aparición de señales hiperintensas en T2 en los músculos de la cintura escapular antes de que se desarrolle la atrofia y, posteriormente, un aumento de la intensidad de señal lineal intramuscular en T1 debido a la infiltración grasa, sin que ninguno de estos hallazgos sean patognomónicos [7]. El tratamiento es sintomático, mejorando significativamente los pacientes que inician tratamiento oral con prednisolona en la fase aguda del cuadro [8][9].

La particularidad del caso que se presenta es la bilateralidad de las lesiones [10], el inicio del dolor de carácter leve-moderado que se incrementa coincidiendo con la disminución del balance muscular –ya que habitualmente se trata de un dolor intenso de comienzo brusco que disminuye al producirse la debilidad muscular– y la evolución desfavorable del paciente cumplido un año desde la instauración del cuadro.

Por su poca frecuencia, la neuralgia amiotrófica del hombro es una entidad clínica poco conocida que suele ser infradiagnosticada, de ahí la importancia de que sea tenida

en cuenta en el diagnóstico diferencial del paciente que debuta con dolor en hombro de comienzo agudo y de causa desconocida con posterior pérdida de fuerza [11][12]. I

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parsonage M, Turner J. Neuralgic amyotrophy: The shoulder-girdle syndrome. *Lancet* 1948; 973-8.
2. López Esteve M, Querchfeld Beltrami A, Gómez Gómez R, Chapa Villalba A. Síndrome de Parsonage-Turner. Diagnóstico y tratamiento. *Rev Esp Cir Osteoart* 1999; 34:151-6.
3. Feinberg JH, Radecki J. Parsonage-Turner syndrome. *HSS J* 2010; 6:199-205.
4. Van Alfen N, Van Engelen BG. The clinical spectrum of neuralgic amyotrophy in 246 cases. *Brain* 2006; 129:438-50.
5. Muse L, Contreras O. Síndrome de Parsonage-Turner o neuritis braquial: a propósito de dos casos clínicos. *Rev Chil Radiol* 2003; 9:137-9.
6. Tjounmakaris FP, Anakwenze OA, Kancherla V, Pulos N. Neuralgic amyotrophy (Parsonage-Turner syndrome). *J Am Acad Orthop Surg* 2012; 20:443-9.
7. Briceño F, Rodríguez S. Síndrome de Parsonage-Turner. Revisión bibliográfica. *Semin Fund Esp Reumatol* 2010; 11:144-51.
8. Van Eijk JJ, Van Alfen N, Berrevoets M, Van der Willt GJ, Pillen S, Van Engelen BG. Evaluation of prednisolone treatment in the acute phase of neuralgic amyotrophy. An observational study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2009; 80:1120-2.
9. Van Eijk J, Van Alfen N. Neuralgic amyotrophy. *AJR Am J Roentgenol* 2011; 196:858.
10. Van Tongel A, Schreurs M, Bruyninckx F, Debeer P. Bilateral Parsonage-Turner syndrome with unilateral brachialis muscle wasting: A case report. *J Shoulder Elbow Surg* 2010; 19:14-6.
11. Lollino N, Brunocilla PR, Poglio F, Vannini E, Lollino S, Lancia M. Non-orthopaedic causes of shoulder pain: What the shoulder expert must remember. *Musculoskelet Surg* 2012; 96(Suppl 1):63-8.
12. Van Alfen N, Van Engelen B. The clinical spectrum of neuralgic amyotrophy in 246 cases. *Brain* 2006; 129:438-50.

### Conflicto de intereses

Los autores no hemos recibido ayuda económica alguna para la realización de este trabajo. Tampoco hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Ninguna entidad comercial ha pagado, ni pagará, a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estamos afiliados.