

Revisión de tema

Mononeuropatía Múltiple: Claves en su identificación semiológica para evitar un diagnóstico equivocado.

Multiple Mononeuropathy: Keys in its identification to avoid wrong diagnosis.

Andrés Ricaurte-Fajardo^{1,a}, Annbørg-Trydal Jansen^{2,b}, Tomas Caicedo-Toro^{3,c}

1. Médico Interno.
2. Estudiante de medicina.
3. Médico, Especialista en Medicina Interna, Especialista en Reumatología.

- a. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana Bogotá (Colombia).
- b. Facultad de Medicina Jessenius, Universidad de Comenius, Bratislava (Eslovaquia).
- c. Hospital Universitario Departamental de Nariño, San Juan de Pasto (Colombia).

CORRESPONDENCIA

Andrés Ricaurte-Fajardo
<https://orcid.org/0000-0002-7374-4460>
Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Javeriana Bogotá
E-mail: andres.ricaurte@javeriana.edu.co

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores del artículo hacen constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 18 de enero del 2019.

ACEPTADO: 24 de mayo de 2019.

RESUMEN

La mononeuropatía múltiple (MM) es una de las neuropatías periféricas clásicas junto con las polineuropatías. Se define como el compromiso de dos o más nervios en más de una extremidad de aparición simultánea o secuencial. Su forma de presentación puede ser similar al de algunas polineuropatías. Por esto es imperativo realizar una historia clínica completa, con énfasis en antecedentes relevantes y el examen neurológico. El diagnóstico de MM no debe confundirse con el de otras polineuropatías, dado que su tratamiento principalmente se basa en el control de la enfermedad de base que genera el cuadro. Un diagnóstico errado puede llevar a tratamientos con costos innecesarios que no favorecen la evolución del paciente. Por esto se debe realizar un proceso ordenado de identificación de la enfermedad.

Palabras clave: Mononeuropatía múltiple, diagnóstico, vasculitis, diabetes mellitus, polineuropatías.

ABSTRACT

Mononeuropathy Multiplex (MM) is one of the classic peripheral neuropathies along with polyneuropathies. MM is defined as the involvement of two or more nerves in more than one limb of simultaneous or sequential appearance. Its presentation can be similar to polyneuropathies. Therefore, it is imperative to complete an in-depth medical history, with an emphasis on relevant background and neurological examination. Diagnosis of MM should not be confused with other polyneuropathies, given that the treatment is mainly based on the control of the underlying disease, that is generating the symptoms. Wrongful diagnosis can lead to treatments with unnecessary cost which, is unfavourable for the patient. Consequently, an organized process of identification of the disease should be completed.

Key words: Mononeuropathy multiplex, diagnosis, vasculitis, diabetes mellitus, polyneuropathies.

Ricaurte-Fajardo A, Jansen AT, Caicedo-Toro T. Mononeuropatía múltiple: Claves en su identificación semiológica para evitar un diagnóstico equivocado. *Salutem Scientia Spiritus* 2019; 5(1):29-31.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

INTRODUCCIÓN

La mononeuropatía múltiple o mononeuritis múltiple (MM) es una de las neuropatías periféricas clásicas junto con las polineuropatías. Se define como el compromiso de dos o más troncos nerviosos en más de una extremidad de aparición simultánea o secuencial. Los nervios que se afectan con mayor frecuencia son el nervio radial, cubital, mediano, femoral, obturador, ciático, tibial posterior y ciático poplíteo externo. En principio se podría decir que la MM tienen un patrón de presentación asimétrico, en donde se van afectando progresivamente diferentes nervios, sin embargo no es una regla general, ya que la MM podría simular un patrón simétrico parecido al de las polineuropatías,¹ por lo que es muy importante conocer y estudiar las patologías de base que tienen los pacientes, dado que la MM se suele presentar en el contexto de enfermedades sistémicas cuya manifestación es el compromiso del sistema nervioso periférico, dentro de esas entidades, las que más se manifiestan como mononeuropatía múltiple son la diabetes y las enfermedades reumáticas por lo que en un paciente con MM es apropiado hacer el tamizaje de estas, y poder realizar un tratamiento óptimo de la enfermedad de base, lo cual se constituye como la piedra angular del manejo de este síndrome.² La literatura específica acerca de la mononeuropatía múltiple es muy limitada (especialmente en español), por lo que es importante recopilar algunos aspectos clave de la enfermedad para que el médico pueda sospecharla de manera más sencilla y pueda realizar un diagnóstico preciso.

DIAGNÓSTICO

Como se mencionó en la introducción, el compromiso de la MM es de dos o más nervios en más de una extremidad, en principio la aparición puede ser asimétrica y secuencial pero cuando el compromiso es muy avanzado puede simular un patrón simétrico y ser semejante a la presentación clínica de enfermedades como el síndrome de Guillain barre. Es importante recordar que cuando se genera una lesión del nervio periférico, se compromete la función motora donde puede aparecer paresias, atrofia e hiporreflexia y también se compromete la función sensitiva donde puede haber hipoestesia, parestesias, disestesias o dolor y también alteración trófica en el territorio del nervio comprometido, por lo cual, es fundamental conocer los nervios, sus orígenes y los territorios que inervan.^{3,4}

En general cuando tenemos un paciente con MM debemos seguir una serie de pasos para hacer un enfoque diagnóstico adecuado que se detallan a continuación:

1. Determinar si el paciente tiene neuropatía periférica o no y ubicar topográficamente la lesión (asta anterior, axón, unión neuromuscular).
2. Determinar el número de nervios periféricos comprometidos.
3.
 - a. Si el paciente no tiene dos o más nervios periféricos afectados en diferentes regiones, descartar MM y pensar en mononeuropatía o polineuropatía periférica.
 - b. Si el paciente si tiene dos o más nervios periféricos afectados en diferentes regiones, es una alta sospecha de mononeuropatía múltiple.
 - c. Confirmar con electromiografía más neuroconducción para definir si el compromiso es axonal o desmielinizante.
4. Determinar diagnóstico diferencial.
5. Determinar diagnóstico etiológico (dentro de los más frecuentes se encuentran las vasculitis de arteriolas grandes y la diabetes, entidades que generan un compromiso axonal).

Es importante resaltar que siempre que se tenga un paciente con MM se debe estudiar la posible etiología individualizando cada caso, pero en general siempre se debería buscar diabetes y enfermedades reumáticas como vasculitis, por lo que es apropiado solicitar un hemograma, velocidad de sedimentación globular (VSG), crioglobulinas, parcial de orina, test de carga oral de glucosa, factor reumatoideo (FR), anticuerpos antinucleares (ANAs), anticuerpos nucleares extractables totales (ANCA), serología de hepatitis y VIH.^{5,6}

El cuadro clínico de la MM según la etiología cambia y es importante conocer la semiología con precisión para poder hacer un diagnóstico adecuado:

- Mononeuropatía múltiple diabética: Tiene un componente de dolor importante que se exagera en periodos de transición en los que aparecen hiper o hipoglucemias, cuando hay pérdida importante de peso y cuando se inicia el tratamiento con insulina. Los nervios más frecuentemente comprometidos en la MM de etiología diabética son el nervio peroneo y cubital. El patrón de presentación es como fue descrito al inicio del presente documento.⁶
- Mononeuropatía múltiple vasculítica: Aparece en el 5-40% de todas las vasculitis y se da por compromiso inflamatorio en la vasa nervorum. Es más frecuente entre los 50 y 60 años y los nervios que con mayor frecuencia se afectan son el ciático poplíteo externo y el cubital. El cuadro clínico se caracteriza por ser de progresión lenta, muy doloroso y cursa con síntomas que demuestran compromiso de otros órganos como por ejemplo piel.^{5,7}
- Mononeuropatía múltiple secundaria a Síndrome de Sjögren: Aparece en el 1-2% de pacientes con Síndrome de Sjögren, generalmente afecta a mujeres y el compromiso es asimétrico, puede ser motor o sensitivo distal o mixto y los pacientes suelen cursar con debilidad y parestesias dolorosas. Los nervios más frecuentemente afectados son el nervio mediano, cubital y peroneo.⁵
- Mononeuropatía múltiple secundaria a Poliartritis nodosa: Aparece en el 56 a 61% de pacientes con esta entidad, se caracteriza por tener un compromiso mixto (sensitivo y mo-

tor), es de progresión lenta y afecta con mayor frecuencia a los nervios radial, mediano, cubital y ciático.^{5,7}

Una vez realizado el diagnóstico de la enfermedad e identificada la etiología, se debe optimizar el control de la patología de base y apoyarse del uso de corticoides a dosis plenas para el manejo sintomático.

CONCLUSIONES

La mononeuropatía múltiple, es una entidad de presentación variable tanto en localización, pronóstico y velocidad de progresión dependiendo de la etiología de base, es por esto que, en el abordaje inicial de un paciente con neuropatía periférica, se debe usar adecuadamente las diferentes herramientas semiológicas para tener una alta sospecha de MM y poder confirmarlo con estudios neurofisiológicos. Dado que en muchas ocasiones puede presentarse de manera similar a polineuropatías frecuentes como el Síndrome de Guillain Barre, el clínico puede equivocarse. El enfoque diagnóstico errado de la MM, lleva a tomar conductas terapéuticas ineficaces e innecesarias que llevan a un aumento de costos y peores desenlaces clínicos, es por esto que se debe realizar un proceso ordenado de identificación de la enfermedad, evaluando factores de riesgo, signos, síntomas y hallazgos al examen físico del paciente para poder solicitar los paraclínicos más pertinentes y llegar al diagnóstico correcto.

REFERENCIAS

1. Durval-Campos K, Rioko-Kimiko S. Neuropatías periféricas dolorosas. *Rev.Bras Anesthesiol.* 2011; 61(5):649-658.
2. Watson JC, Dyck PJ. Peripheral neuropathy: a practical approach to diagnosis and symptom management. *Mayo Clin Proc.* 2015; 90:940-951.
3. Stojkovic T. Peripheral neuropathies: the rational diagnostic process. *Rev Med Intern.* 2006; 27:302-312. DOI: 10.1016/j.revmed.2005.10.018
4. Mauermann ML, Burns TM. Pearls and oysters: evaluation of peripheral neuropathies. *Neurology.* 2009; 72:28-31. DOI: 10.1212/01.wnl.0000342135.27500.df
5. Suárez L Julia. Síntomas neurológicos de las enfermedades reumáticas. *Rev Colomb Reumatol.* 2007; 14(3):207-217.
6. Kelkar P, Parry GJ. Mononeuritis multiplex in diabetes mellitus: evidence for underlying immune pathogenesis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2003; 74:803-806. DOI: 10.1136/jnnp.74.6.803
7. Pagnoux C, Guillevin L. Peripheral neuropathy in systemic vasculitides. *Curr Opin Rheum.* 2004; 17:41-48.