

Autores: FJ. Márquez Peña¹, F. Corral Perez², D. Rivero Rodriguez², N. Muñoz Pinto¹, M. Martín Martín¹, R. Rodriguez García¹, J. Piernagorda Copado¹, D. Maroto Navas¹, M. García Elvira¹, C. Nieto Duran¹.

¹ Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo.

² Servicio de Neurofisiología Clínica. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo.

Introducción

La neuralgia amiotrófica es una entidad inflamatoria autoinmune, usualmente infradiagnosticada, con una incidencia de hasta 10.3 por cada 100.000 habitantes y un predominio en varones jóvenes.^{1,2}

Se caracteriza por dolor agudo e intenso en cintura escapular seguido de déficit motor y con escasa afectación sensitiva. El tratamiento indicado va desde AINEs, corticoides y hasta la combinación con opioides menores y tratamiento rehabilitador. Presentan en su mayoría un pronóstico muy bueno con recuperación en meses aunque puede persistir por más tiempo e incluso mantener un grado leve de paresia.²

Caso Clínico

Varón de 24 años, sin antecedentes relevantes, que inicia dolor súbito, intenso (EVA 7/10), en hombro derecho, refractario a AINEs y de predominio nocturno. Fue valorado y manejado inicialmente como dorsalgia mecánica. Semanas después desarrolla paresia a nivel de hombro derecho, con dificultad para elevación y carga, por lo que es derivado para valoración por Servicio de Rehabilitación y EMG para confirmar sospecha diagnóstica. A la exploración: balance muscular global conservado salvo limitación en últimos grados de abducción y flexión activa de hombro derecho, con escápula alada evidente en la movilización, sugestiva de afectación del serrato anterior. Sensibilidad conservada y resto de exploración neurológica normal.

Los estudios de conducción nerviosa (radial y cubital) y ondas F fueron normales (Fig. 1-2). El EMG mostró en serrato derecho actividad espontánea (fibrilaciones y ondas positivas), con potenciales de unidad motora polifásicos, de duración aumentada y amplitud reducida, compatibles con reinervación en curso. Deltoides, infraespinoso y romboides fueron normales, apoyando afectación selectiva del nervio torácico largo (Fig. 3-4).

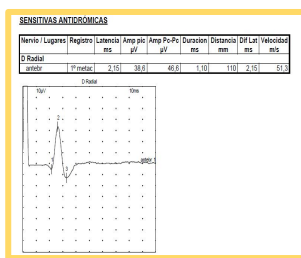


Figura 1: ECN con PANS normales a nivel de nervio radial.

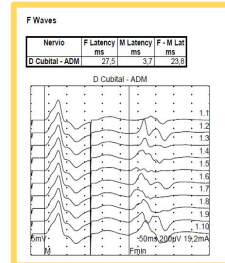


Figura 2: Ondas F a nivel de nervio cubital dentro de límites normales.

Hallazgos EMG		In s		Espontánea		PUMS				Reclutamiento	
Musculo	Nervio	Raice s	Fib/O	Otro s	Amp	Dur.	Polif	Est	Form a	Maxim o	
D. Infraespinatús	Suprascapular	C5-C6	N	No	No	Nor m	Nor m	Nor m	Norm	Interf	
D. Serratus posterior superior	Long thoracic	C5-C7	N	3+	No	1-	3+	3+	Nor m	Norm	2 PUMs
D. Rhomboid mayor	Dorsal scapular	C5-	N	No	No	Nor m	Nor m	Nor m	Norm	Interf	
D. Deltoid	Axillary	C5-C6	N	No	No	Nor m	Nor m	Nor m	Norm	Interf	

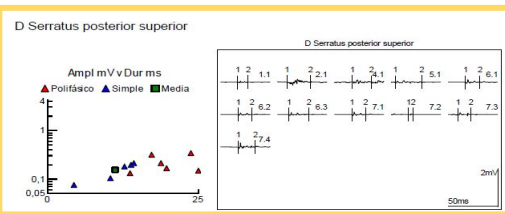


Figura 3 y 4. EMG del músculo serrato derecho destaca la presencia de actividad espontánea en forma de fibrilaciones y ondas positivas y activas. Además de PUMs con patrón simple de máximo esfuerzo, de duración muy aumentada, polifásicos y de amplitud disminuidas. Dentro de la normalidad los músculos deltoides, infraespinoso y romboides mayor derechos.

Discusión

El desarrollo clásico de la patología, consiste generalmente en un dolor de inicio súbito en cintura escapular seguido de déficit motor y con escasa afectación sensitiva. El patrón más frecuente descrito es el de la afectación de varios nervios periféricos, típicamente involucrando al nervio torácico largo, supraescapular o los nervios interóseos anteriores.^{3,4}

El diagnóstico de esta patología se basa en la clínica, la exploración física y en pruebas complementarias que nos ayuden a orientar el diagnóstico como los estudios de conducción nerviosa, los cuales si están normales no excluyen el diagnóstico, y el electromiograma, que nos permite visualizar el patrón de denervación o reinervación, siempre y cuando se busquen los músculos afectados.⁴

El cuadro clínico típico y la normalidad de los estudios de conducción con hallazgos electromiográficos focales son compatibles con el cuadro. Este caso subraya la importancia de la sospecha clínica precoz y de dirigir el EMG a músculos específicos.

Conclusión

La neuralgia amiotrófica debe considerarse ante dolor escapular agudo intenso con posterior debilidad para garantizar un tratamiento oportuno de la misma.

Además de considerar el uso correcto de las pruebas complementarias, entre ellas, el EMG, el cual dirigido, es clave para confirmar la afectación y evitar retrasos diagnósticos.

Bibliografía

- Holle, J. F., Leha, A., Polte, C., Limmroth, V., Windisch, W., & Zimmermann, M. (2026). Epidemiology of Neuralgia Amyotrophy-A Retrospective Analysis of Data From a Large German Health Insurance Company. *Muscle & nerve*, 73(1), 56-62.
- Wallace, K., Furlong, C., Etchart, J., & Henn, C. M. (2026). Neuralgia amyotrophy: Incidence, specialty of diagnosing clinician, and delays in treatment. *Hand Surgery and Rehabilitation*.
- Turner, J. W. A., & Parsonage, M. J. (1957). Neuralgia amyotrophy (paralytic brachial neuritis) with special reference to prognosis. *The Lancet*, 2, 209-212.
- Van Eijk, J. J., Groothuis, J. T., & Van Alfen, N. (s.f.). Neuralgia amyotrophy: An update on diagnosis, pathophysiology, and treatment. *Muscle & Nerve* 53 (2016): 337-350.