

**Tabla 1**  
Clasificación de las espondiloartritis con la introducción del concepto de EspA-Ax-Rx-no EA

EspA axial	EspA periférica
EA (Rx+)	Artritis reactiva
EspA-Ax-n-Rx (RMN+ Rx-)	Artritis psoriásica
EspA-Ax-Rx-no EA (Rx+ no EA, RMN-)	Artritis asociada a EIIC
	EspA indiferenciadas

EA: espondilitis anquilosante; EIIC: enfermedad inflamatoria intestinal crónica; EspA: espondiloartritis; EspA-Ax-n-Rx: espondiloartritis axial no radiográfica (o prerradiográfica); EspA-Ax-Rx-no EA: espondiloartritis axial radiográfica no espondilitis anquilosante; RMN: resonancia magnética; Rx: radiografía.

Recientemente, los criterios de la *Assessment of Spondyloarthritis International Society* (ASAS) nos han permitido mejorar el diagnóstico precoz, clasificando la EspA en 2 grupos: EspA de predominio axial (2009)<sup>8</sup>, incluyéndose la EA clásica (sacroilitis radiográfica que cumple criterios de Nueva York modificados) y la EspA axial prerradiográfica o no radiográfica (con el apoyo de la RMN de sacroilíacas), y EspA de predominio periférico (2011)<sup>9</sup>, incluyendo la artritis psoriásica, la reactiva, las asociadas a enfermedad inflamatoria intestinal y la EspA indiferenciada.

A pesar de todo, existen pacientes que no pueden clasificarse con los nuevos criterios ASAS, pese a presentar datos clínicos sugerentes de EspA, como ocurre en el siguiente supuesto clínico: varón de 40 años con lumbalgia inflamatoria de un año de evolución, HLA B27 negativo, reactantes de fase aguda normales, buena respuesta a antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y 2 episodios previos de uveítis. Antecedentes de psoriasis en familiar de primer grado. A nivel radiográfico presenta sacroilitis bilateral (grado II izquierda y grado I derecha), sin evidencia de edema/ostéitis en RMN en sacroilíacas.

Dentro del grupo de la espondiloartritis axial no radiográfica o prerradiográfica (EspA-Ax-no-Rx)<sup>10</sup> se incluyen aquellos pacientes con normalidad radiográfica o sacroilitis inicial que no cumple criterios de Nueva York modificados (no EA) pero que presentan edema en sacroilíacas en la RMN; pero, ¿qué ocurriría si encontráramos pacientes sin edema en RMN, y sin daño radiográfico en sacroilíacas? ¿Cómo se clasificarían?

Estableciendo unos pequeños cambios en la nomenclatura, podríamos hablar de espondiloartritis axial no radiográfica (o prerradiográfica) en aquellos casos que presentan RMN positiva de sacroilíacas, según criterios ASAS, con radiografías normales o con mínimos cambios en estas articulaciones, sin cumplir criterios de Nueva York modificados, y, por otro lado, espondiloartritis axial radiográfica no EA (EspA-Ax-Rx-no EA) en aquellos otros en los que existen cambios radiográficos iniciales en sacroilíacas (sin cumplir

criterios de Nueva York modificados) y con negatividad en la RMN (tabla 1).

En cualquier caso se precisan estudios en los que se valore la sensibilidad y especificidad de estas modificaciones, las cuales podrían ayudar a una mejor clasificación de los pacientes en estadios iniciales con cambios radiográficos incipientes y RMN negativa.

## Bibliografía

1. Zeidler H, Calin A, Amor B. A historical perspective of the spondyloarthritis. *Curr Opin Rheumatol*. 2011;23:327-33.
2. Boland EW, Present AJ. Rheumatoid spondylitis. A study of one hundred cases with special reference to diagnostic criteria. *JAMA*. 1945;129:843-9.
3. En: Kellgren JH, Jeffrey MR, Ball J, editors. *The epidemiology of chronic rheumatism*. Vol 1. Oxford: Blackwell; 1963. p. 326.
4. Bennett PH, Wood PHN. (Eds.) *Population studies on the rheumatic diseases: Proceedings of the 3rd. International Symposium*, New York, June 5-10, 1966. Amsterdam, Excerpta Medica Foundation, 1968: 456-7.
5. Van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the spondylitis. *New York criteria*. *Arthritis Rheum*. 1984;27:361-8.
6. Amor B, Dougados M, Mijiyawa M. Criteria of the classification of spondylarthropathies. *Rev Rhum Mal Osteoartic*. 1990;57:85-9.
7. Dougados M, van der Linden S, Juhlin R, Huitfeldt B, Amor B, Calin A, et al., European Spondyloarthropathy Study Group. The European Spondyloarthropathy Study Group preliminary criteria for the classification of spondyloarthropathy. *Arthritis Rheum*. 1991;34:1218-27.
8. Rudwaleit M. New approaches to diagnosis and classification of axial and peripheral spondyloarthritis. *Curr Opin Rheumatol*. 2010;22:375-80.
9. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Akkoc N, Brandt J, Chou CT, et al. The Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS) Classification Criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis*. 2011;70:25-31.
10. Baraliakos X, Braun J. Non-radiographic axial spondyloarthritis and ankylosing spondylitis: What are the similarities and differences? *RMD Open*. 2015;1:e000053.

Manuel José Moreno Ramos<sup>a,\*</sup>, María José Moreno Martínez<sup>b</sup> y Luis Francisco Linares Ferrando<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

<sup>b</sup> Unidad de Reumatología, Hospital Rafael Méndez, Lorca, Murcia, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mjmoreno1@yahoo.es](mailto:mjmoreno1@yahoo.es) (M.J. Moreno Ramos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2016.03.002>

1699-258X/

© 2016 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

## Síndrome de Parsonage-Turner: a propósito de un caso



### Parsonage-Turner syndrome: A case report

Sr. Editor:

El síndrome de Parsonage-Turner (SPT) es una neuritis del plexo braquial idiopática<sup>1</sup>. Exponemos el caso de un paciente afectado por esta entidad sin ningún factor desencadenante.

Varón de 67 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 con buen control metabólico y síndrome de apnea-hipopnea del sueño. Fue diagnosticado en marzo de un carcinoma escamoso pulmonar estadio pT1apN0 tratado con lobectomía superior izquierda y linfadenectomía. Ingresó en noviembre por dolor intenso en

región escapular derecha de días de evolución, seguido de paresia de extensión del 4.º dedo, sin antecedentes traumático ni infeccioso. A la exploración presentaba debilidad en interóseos dorsales y en todos los extensores del carpo, con leve amiotrofia. Se realizó una TAC cervicotorácica que descartó patología del ápex pulmonar, una RMN cervical que evidenció espondiloartrosis sin mielopatía, y una RMN de plexo braquial sin alteraciones. El electromiograma, realizado a las 2 semanas del inicio del cuadro, mostró datos de plexopatía braquial derecha de predominio inferior (C8-T1). El líquido cefalorraquídeo fue normal. Ante la sospecha de SPT se instauró tratamiento analgésico, glucocorticoides y rehabilitación, con resolución del dolor y recuperación casi completa de la movilidad del 4.º dedo a los 2 meses.

El SPT (o neuralgia amiotrófica) es una neuritis aguda del plexo braquial caracterizada por omalgia, seguida de déficit motor y

atrofia muscular, generalmente en el hombro y la zona proximal al codo<sup>1</sup>. Existen formas idiopáticas y hereditarias<sup>2</sup>; en las idiopáticas, un 50% de los pacientes presenta un evento previo (infección, cirugía, enfermedad sistémica o vacunación) que activaría linfocitos sensibilizados hacia el plexo braquial en individuos con predisposición genética<sup>1,3,4</sup>. Se han descrito varios casos de SPT tras distintos actos quirúrgicos<sup>1,5,6</sup>. Algunos autores sugieren que el estrés quirúrgico podría activar virus no identificados que permanecen silentes en el sistema nervioso periférico, tal como ocurre en los casos de reactivación posquirúrgica del virus herpes zoster<sup>5</sup>. Otros sugieren una lesión mecánica del plexo durante la anestesia general. Nuestro paciente fue sometido a una cirugía pulmonar (del lado contralateral a la clínica) en los meses previos. Sin embargo, no lo consideramos factor desencadenante ya que en todos los casos descritos la clínica se inicia de forma precoz tras la cirugía (1-13 días)<sup>6</sup>.

Afecta sobre todo a hombres de 20-60 años, con una incidencia de 1,6-3 casos/100.000 habitantes/año<sup>7</sup>. El cuadro clínico típico consiste en dolor grave del hombro, de inicio súbito y no traumático, con frecuencia irradiado a la región cervical y a la cara externa del brazo. Tras un periodo variable de tiempo suelen aparecer atrofia muscular y paresia; esta última es flácida, parcheada y progresiva, y su distribución no siempre coincide con el territorio doloroso. Suelen afectarse varios nervios periféricos, raíces nerviosas (sobre todo C5 y C6) o una combinación de ambos<sup>4</sup>. Un tercio de los pacientes presenta síntomas bilaterales y simétricos<sup>7</sup>. El diagnóstico se basa en la historia clínica, exploración física y electromiograma, que muestra típicamente denervación aguda en un nervio específico o de forma parcheada por todo el plexo<sup>8</sup>. La RMN de columna cervical y plexo braquial puede, en fases iniciales, ser normal o mostrar señales hiperintensas en T2 por edema muscular y, una vez instaurada la atrofia, aumento de la intensidad de señal lineal intramuscular en T1 por infiltración grasa<sup>9</sup>. El tratamiento es sintomático, con analgesia, inmovilización de la extremidad y rehabilitación<sup>4</sup>. El uso de glucocorticoides a dosis moderadas al inicio del cuadro parece mejorar el dolor y acelerar la recuperación, que generalmente es lenta (de meses a años)<sup>2</sup>. A los 3 años, un tercio de los pacientes presenta dolor crónico y 2 tercios déficit funcional, con una tasa de recurrencia del 26%<sup>10</sup>.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran que no hay ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Parsonage MJ, Turner JW. Neuralgic amyotrophy: The shoulder-girdle syndrome. *Lancet*. 1948;1:973-8.
2. Van Alfen N, van Engelen BG, Hughes RA. Treatment for idiopathic and hereditary neuralgic amyotrophy (brachial neuritis). *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;3: CD006976.
3. Tjoumakaris FP, Anakwenze OA, Kancherla V, Pulos N. Neuralgic amyotrophy (Parsonage-Turner syndrome). *J Am Acad Orthop Surg*. 2012;20: 443-9.
4. Briceño F, Rodríguez S. Revisión bibliográfica. Síndrome de Parsonage-Turner. *Semin Fund Esp Reumatol*. 2010;11:144-51.
5. Wilson G, Hadden SB. Neuritis occurring in epidemic form. *Lancet*. 1941;2:662-3.
6. Malamut RI, Marques W, England JD, Sumner AJ. Postsurgical idiopathic brachial neuritis. *Muscle Nerve*. 1994;17:320-4.
7. Beghi E, Kurland LT, Mulder DW, Nicolosi A. Brachial plexus neuropathy in the population of Rochester, Minnesota, 1970-1981. *Ann Neurol*. 1985;18: 320-3.
8. Schreiber AL, Abramov R, Fried GW, Herbison GJ. Expanding the differential of shoulder pain: Parsonage-Turner syndrome. *J Am Osteopath Assoc*. 2009;109:415-22.
9. Elsayes KM, Shariff A, Staveteig PT, Mukundan G, Khosla A, Rubin DA. Value of magnetic resonance imaging for muscle denervation syndromes of the shoulder girdle. *J Comput Assist Tomogr*. 2005;29:326-9.
10. Van Alfen N, van der Werf SP, van Engelen BG. Long-term pain, fatigue, and impairment in neuralgic amyotrophy. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009;90: 435-9.

Itxasne Cabezón\*, Guillermo Barreiro y María Victoria Egurbide

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Cruces, Baracaldo, Vizcaya, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [itxascabezón@yahoo.es](mailto:itxascabezón@yahoo.es) (I. Cabezón).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2016.03.001>  
1699-258X/

© 2016 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.