

Omalgia pruriginosa

J. San José Arango^a, C. Sánchez Hernández^a e I. Sanluis Fernández^b

^aCentro de Salud San Roque. Villagarcía de Arosa. Pontevedra. España.

^bServicio de Urgencias del Hospital POVISA. Vigo. Pontevedra. España.

La notalgia parestésica es una mononeuropatía sensitiva producida por atrapamiento de los ramos dorsales de las raíces espinales de D2 a D6, debido a que estos nervios se angulan 90° al pasar por la musculatura paraespinal. Se desconoce su causa, pero se ha visto relacionada con alteraciones en la estática de la columna a ese nivel (artrosis, escoliosis). Parestesias, prurito y quemazón son los síntomas más frecuentes y, junto con el hallazgo de una placa hiperpigmentada en dicha localización, constituyen los pilares de su diagnóstico. La electroneurografía muestra signos de denervación en las raíces afectadas. Únicamente la capsaicina tópica ha demostrado eficacia en ensayos clínicos. Otras terapias descritas en la literatura son la acupuntura, el bloqueo anestésico paravertebral local, la fisioterapia y la oxcarbazepina.

Palabras clave: notalgia parestésica, neuropatía sensitiva, atrapamiento, capsaicina.

Notalgia paresthetica is a sensory mononeuropathy produced by the dorsal spinal nerve root branch entrapment from D2 to D6 because these nerves are angles 90° when passing through the paraspinal musculature. Its cause is unknown but it has been observed to be related with alterations in the spinal cord statics at this level (arthritis, scoliosis). Paresthesias, pruritus and burning sensation are the most frequent symptoms. Together with the finding of a hyperpigmented plaque at that location, they are the mainstay of its diagnosis. The electroneurography shows signs of denervation in the affected roots. Only topical capsaicin has been shown to be effective in clinical trials. Other therapies described in the literature are acupuncture, local paravertebral block anesthesia, physical therapy and oxcarbazepine.

Key words: notalgia paresthetica, sensory neuropathy, entrapment, capsaicin.

CASO CLÍNICO

Mujer de 73 años. Como antecedentes personales destaca una escoliosis infantil grave no tratada, una plaquetopenia leve estudiada sin llegar a filiar, un síndrome de piernas inquietas, varices en extremidades inferiores, episodios aislados de vértigo posicional paroxístico benigno y una hipoacusia sin filiar.

Se encuentra en tratamiento con un bifosfonato semanal, suplementos de calcio y vitamina D, ginkgo biloba y un venotónico oral.

Acude a consulta con una clínica de prurito en la escápula izquierda de meses de evolución, que en los últimos días describe como urente. No refiere otros síntomas de relevancia. En la exploración física la paciente está consciente y orientada en todo momento, con buen estado general y normal coloración e hidratación cutánea y muco-

sa. Se encuentra eupneica y sin datos de ingurgitación yugular. La auscultación cardíaca es rítmica, sin soplos. La auscultación pulmonar no muestra datos anormales. En bipedestación destaca muy notablemente una escoliosis con giba muy pronunciada y excoriaciones con hiperpigmentación dorsal en parche que parece adoptar una distribución metamérica (fig. 1).

EVOLUCIÓN

Se inició un tratamiento con corticosteroides y antihistamínicos H₁ orales. La paciente no experimentó ninguna mejoría, por lo que se cambió el tratamiento a capsaicina tópica.

Tras la escasa respuesta al tratamiento prescrito en nuestra consulta se decide derivar a la paciente a la unidad del dolor del hospital de referencia, donde se le pauta amitriptilina 25 mg (1 comprimido por la noche), con lo que se obtiene un alivio moderado.

CONCLUSIÓN

Un cuadro de omalgia urente localizado en una escápula nos debe hacer sospechar, en primer lugar, de la posibilidad de que se trate de una notalgia parestésica. Definida

Correspondencia: J. San José Arango.
Centro de Salud San Roque. Villagarcía de Arosa. Pontevedra.
Avda de las Carolinas, s/n. 36600 Villagarcía de Arosa.
Correo electrónico: joaquin.sanjose.arango@sergas.es

Recibido el 29-05-07; aceptado para su publicación el 29-01-08.



Figura 1. Placa hiperpigmentada con distribución metamérica.

por Astvatsaturow en 1934 como¹ “una neuropatía por atrapamiento de los ramos dorsales primarios de las raíces espinales D2-D6”. Se trata, pues, de una mononeuropatía sensitiva focal². Alteraciones similares han sido descritas en otros territorios neurocutáneos:

- Quiralgia parestésica (nervio radial).
- Meralgia parestésica (nervio femorocutáneo).
- Gonalgia parestésica (nervio safeno).
- Digitalgia parestésica (nervio digital).

La causa de aparición es desconocida. Se ha sugerido la existencia de microtraumatismos localizados por posturas corporales anómalas. Los ramos posteriores de los nervios espinales que surgen de D2-D6 son peculiares ya que, al atravesar el músculo paraespinal *multifidus*, su dirección cambia 90°, lo que pudiera predisponer a estos nervios a traumatismos banales pero repetidos. En la actualidad, se admite que los neuropéptidos encargados de la transmisión del dolor (quininas, sustancia P, péptido relacionado con el gen de la calcitonina) están involucrados en la fisiopatología de esta entidad nosológica. Estos compuestos se liberan desde las fibras C amielínicas, presentes en epidermis y en dermis, a raíz de un estímulo mecánico (traumatismo o atrapamiento) y originan los llamados marcapasos neurales ectópicos, capaces de crear descargas independientes y repetitivas³.

Los síntomas típicos incluyen⁴: parestesias, quemazón, y prurito.

En la exploración física podemos encontrarnos con:

- Placa cutánea hiperpigmentada con lesiones de rasgado y cambios en la sensibilidad (hipoestesia táctil, hipoalgesia, hiperestesia)⁵ localizada en la zona dorsal alta medial a la escápula.

- Alteraciones en la alineación de la columna vertebral

Las pruebas complementarias no son específicas. Así, destacamos:

- Radiología⁶: cambios degenerativos vertebrales, escoliosis.

- Anatomía patológica: acantosis focal, queratinocitos necróticos e innervación dérmica aumentada, compatibles con la hiperpigmentación posinflamatoria⁷.

- Inmunohistoquímica: sin alteraciones o bien hallazgos inconstantes⁸.

- Electroneurografía: denervación de la musculatura paravertebral a nivel de D2-D6⁹.

El diagnóstico definitivo es, pues, principalmente clínico. Algunos autores⁵ recomiendan descartar por biopsia cutánea otras lesiones dermatológicas como: pigmentación posinflamatoria (herpes zóster), liquen amiloideo, liquen simple crónico, amiloidosis macular y enfermedad de Hansen (lepra).

La evolución de la notalgia parestésica es benigna, salvo los raros casos con historia familiar o en pacientes jóvenes en los que se ha encontrado una asociación con el síndrome de neoplasia endocrina múltiple tipo 2a (MEN 2a)³.

El tratamiento es sintomático. El único medicamento sometido a ensayo clínico ha sido la capsaicina tópica al 0,0025%, con resultados inicialmente buenos, pero que empeoraban al suspender la aplicación de la capsaicina^{10,11}. Informes de casos aislados demuestran efectos positivos con la acupuntura¹², bloqueo anestésico paravertebral local¹³, fisioterapia¹⁴ y oxcarbazepina¹⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Astvatsaturow M. Über parästhetische Neuralgien und eine besondere Form derselben-Notalgia parasthetica. Dtsch Z Nerven Heilkd. 1934;133:188-96.
2. Massey EW. Sensory mononeuropathies. Seminars in Neurology. 1998;2:177-83.
3. Durango AI, Urbina M, Faria M. Notalgia parestésica. Reporte de 8 casos. Dermatología Venezolana. 2003;41:23-6.
4. Misery L. What is notalgia parasthetica? Dermatology. 2002;204:86-7.
5. Pinazo I, Reñé R, Mestre F. Notalgia parestésica. Neurología. 1989; 8:301.
6. Savk O, Savk E. Investigation of spinal pathology in notalgia parasthetica. J Am Acad Dermatol. 2005;52:1085-7.
7. Savk E, Savk O, Bolukbasi O, Culhaci N, Dikicio lu E, Karaman G, et al. Notalgia parasthetica: a study on pathogenesis. Int J Dermatol. 2000;39:754-9.
8. Savk E, Dikicioglu E, Culhaci N, Karaman G, Sendur N. Immunohistochemical findings in notalgia parasthetica. Dermatology. 2002;204:88-93.
9. Springall DR, Karanth SS, Kirkham N, Darley CR, Polar JM. Symptoms of notalgia parasthetica may be explained by increased dermal innervation. J Invest Dermatol. 1991;97:555-61.
10. Leibsohn E. Treatment of notalgia parasthetica with capsaicin. Cutis. 1992;49:335-6.
11. Wallengren J, Klinker M. Successful treatment of notalgia parasthetica with topical capsaicin: vehicle-controlled, double-blind, crossover study. J Am Acad Dermatol. 1995;32:287-9.

12. Stellon A. Neurogenic pruritus: an unrecognised problem? A retrospective case series of treatment by acupuncture. *Acupunct Med.* 2002;20:186-90.
13. Goulden V, Toomey PJ, Highet AS. Successful treatment of notalgia paresthetica with a paravertebral local anesthetic block. *J Am Acad Dermatol.* 1998;38:114-6.
14. Raison-Peyron N, Meunier L, Acevedo M, Meynadier J. Notalgia paresthetica: clinical, physiopathological and therapeutic aspects. A study of 12 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 1999;12:215-21.
15. Savk E, Bolukbasi O, Akyol A, Karaman G. Open pilot study on ox-carbazepine for the treatment of notalgia paresthetica. *J Am Acad Dermatol.* 2001;45:630-2.