

Mononeuritis múltiple. Concepto y diagnóstico diferencial

A. Vázquez y J. del Val

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

CONCEPTO

La mononeuritis múltiple (MM), multineuritis o mononeuropatía múltiple se define como la afección de dos o más nervios en más de una extremidad, incluyendo la posible afección de las raíces del tronco y los nervios craneales¹. Se trata, junto con las polineuropatías (PNP) y mononeuropatías (MN), de uno de los síndromes clásicos de afección del sistema nervioso periférico (neuropatías periféricas)².

La lesión nerviosa se puede producir de forma simultánea o secuencial, afectando a nervios de diferentes regiones, completamente al azar. Esta forma de presentación se debe a que las enfermedades causantes son multisistémicas y, aparte de manifestarse como neuropatía, pueden provocar alteraciones de otros órganos o tejidos (diabetes y vasculitis son los ejemplos más significativos). En ocasiones, la MM es la primera o única manifestación de estos procesos, por lo que su conocimiento es fundamental para el diagnóstico.

Si bien en la definición un dato esencial es la asimetría y la multifocalidad, hay que tener en cuenta que, en las fases evolucionadas de las MM, el progresivo reclutamiento de diferentes nervios puede simular un patrón simétrico característico de las polineuropatías.

DIAGNÓSTICO

En el diagnóstico de una MM se puede establecer una serie de pasos (fig. 1)³:

1. Diagnóstico de mononeuropatía.
2. Suma de dos o más mononeuropatías (incluidos los nervios craneales) en diferentes áreas.
3. Diagnóstico diferencial.
4. Diagnóstico causal.

Diagnóstico de mononeuropatía

La lesión de un nervio periférico se manifiesta por la pérdida de la función motora (paresia [plejía con atrofia muscular e hipoarreflexia]), alteración de la sensibilidad (hipoanestesia o fenómenos positivos, como parestesias, disestesias o dolor) y trastornos tróficos en el territorio inervado por ese nervio. Para la valoración, es aconsejable consultar siempre un mapa de territorios de dermatomas sensitivos (raíces, plexos y troncos nerviosos). En este punto se de-

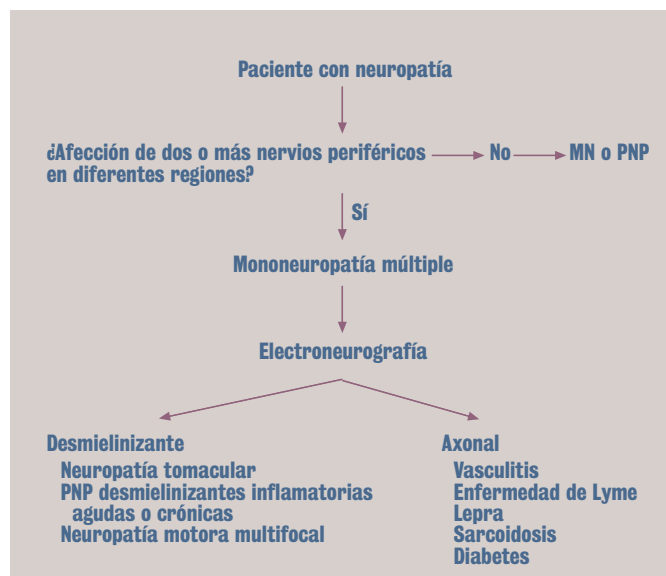


Figura 1 Algoritmo diagnóstico de la mononeuritis múltiple.

be establecer un diagnóstico diferencial con radiculopatías y plexopatías; en éstas, el patrón de afección motor y sensitivo sigue una distribución característica dependiente de la raíz nerviosa afectada.

Los nervios más frecuentemente lesionados en las mononeuropatías se describen en la tabla I⁴.

Suma de dos o más mononeuropatías en diferentes áreas

Es importante considerar la afección de áreas diferentes, ya que la lesión de dos nervios en una misma región puede responder a un problema local (p. ej., la lesión del nervio mediano y cubital de una mano por una lesión en la muñeca). Por otra parte, en las MM el reclutamiento de los nervios suele ser progresivo en el curso de días o semanas, aunque en ocasiones la lesión puede ser simultánea. El carácter multifocal puede difuminarse con el tiempo, conforme evoluciona el proceso, simulando una afección simétrica típica de una polineuropatía. En estos casos, los datos obtenidos en la anamnesis, así como los estudios neurofisiológicos, revelarán una afección asimétrica (en cuanto a gravedad y tiempo de evolución) de los diferentes troncos nerviosos implicados. El estudio neurofisiológico también nos ayuda a determinar el carácter axonal o desmielinizante del proceso lesional, con lo cual se puede hacer un abordaje más orientado a las posibles causas.

TABLA I Nervios más frecuentemente afectados en mononeuropatías

Nervio	Origen	Músculos inervados
Radial	C5-D1	Tríceps, supinador largo, radiales externos, extensor común de los dedos y extensores del pulgar
Cubital	C8-D1	Cubital anterior, flexores del cuarto y quinto dedos, intrínsecos de la mano
Mediano	C6-D1	Abductor corto del pulgar, pronador cuadrado, flexor común superficial y flexor largo del pulgar
Femoral	L2-L4	Psoas ilíaco y cuádriceps
Obturador	L3-L4	Aductores del muslo
Ciático	L4-S3	Músculos de la parte posterior del muslo, abductores de la cadera y todos los músculos por debajo de la rodilla
Tibial posterior	L5-S2	Músculos de la pantorrilla y flexores de los dedos del pie
Ciático poplíteo externo	L4-S1	Dorsiflexores de los dedos del pie, eversores del pie

Diagnóstico diferencial

Clásicamente, la MM se ha relacionado con las vasculitis que ocasionan una lesión isquémica del axón nervioso; sin embargo, también puede ser reflejo de procesos desmielinizantes y atrapamientos nerviosos múltiples, como en la neuropatía tomacular (neuropatía hereditaria con susceptibilidad a las parálisis por presión), PNP desmielinizantes inflamatorias agudas o crónicas, neuropatía motora multifocal o artritis reumatoide. Por esta razón, hoy en día se prefiere el término mononeuropatía múltiple al de mononeuritis, que implicaría un proceso inflamatorio de base.

En la historia clínica se debe recoger los antecedentes de posibles enfermedades causales, como diabetes, lupus o artritis reumatoide, y también los síntomas sistémicos (fiebre, dolor articular, astenia o pérdida de peso) y otros datos, como HTA, lesiones cutáneas, artritis, insuficiencia renal, etc.

Una vez establecido el diagnóstico clínico de MM, y hechas la historia clínica y la exploración completa, se debe realizar un electromiograma para confirmar el diagnóstico y definir el carácter axonal y/o desmielinizante del proceso, a fin de enfocar el diagnóstico hacia un proceso vasculítico (axonal) o de otro tipo (desmielinizante).

Los estudios complementarios (tabla II) se realizan para confirmar la sospecha diagnóstica y deben ser individualizados según la sospecha formulada en la historia y la exploración, así como por los resultados del electroneurograma.

Entidades principales, según la etiología

A continuación, se describen las neuropatías que se observan, con frecuencia, en enfermedades importantes (tabla III):

Mononeuritis múltiple diabética. Aparece como una MM dolorosa que afecta, sobre todo, a ancianos con diabetes leve, o no diagnosticada y que, a menudo, se presenta durante períodos de transición en los que aparecen hiper o hipoglucemias, cuando se inicia el tratamiento con insulina, o en períodos de pérdida rápida de peso. Dada la alta prevalencia de la diabetes, a pesar de que el patrón de MM es menos frecuente que la PNP simétrica distal sensitiva típica de esta enfermedad, este tipo de MM es el que tiene una mayor incidencia.

Mononeuritis múltiple vasculítica. Es el paradigma de las MM y supone un tercio de todas ellas. Se produce por inflamación y oclusión de los *vasa nervorum*, aparece en el 5-40% de todas las vasculitis, siendo más frecuente en la PAN (40-60%) y las enfermedades del tejido conectivo –LES, artritis reumatoide– (20%), a las que se une la vasculitis aislada del sistema nervioso periférico como tercera causa de MM vasculítica. Suele presentarse en pacientes entre 50 y 60 años de edad, y los nervios más frecuentemente afectados son el ciático poplíteo externo y el cubital. El cuadro clínico evoluciona como una MM dolorosa aguda o subaguda, que se asocia a síntomas generales con afección de la piel y/u otros órganos, o a

TABLA II Estudios complementarios en el diagnóstico etiológico de una mononeuritis múltiple

Pruebas de laboratorio: hemograma, VSG, coagulación, bioquímica, orina, test de sobrecarga oral de glucosa, inmunoelectroforesis, factor reumatoide, complemento, crioglobulinas, anticuerpos antinucleares (ANA), anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), serología de hepatitis, VIH, lúes, borrelia, enzima conversiva de la angiotensina (ECA)
Radiografía y TC de tórax
Estudio de líquido cefalorraquídeo
Biopsia de piel, nervio y/o músculo
Angiografía abdominal

TABLA III Etiología de la mononeuropatía múltiple

Lesiones isquémicas
Vasculitis
De grandes vasos: arteritis de la temporal, Takayasu
De mediano calibre: panarteritis nodosa (PAN), Kawasaki
De pequeño calibre: granulomatosis de Wegener, Churg-Strauss, PAN microscópica, púrpura de Schönlein-Henoch, crioglobulinemia esencial, angéfitis leucocitoclástica, vasculitis aislada del sistema nervioso periférico
Diabetes mellitus
Amiloidosis
Enfermedades del tejido conectivo (lupus eritematoso [LES], síndrome de Sjögren, artritis reumatoide [AR])
Vasculopatía arteriosclerótica
Lesiones desmielinizantes (atrapamientos nerviosos múltiples): polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda y crónica, neuropatía tomacular, artritis reumatoide, neuropatía motora multifocal, neuropatías paraproteínémicas
Infecciones: lepra, VIH, enfermedad de Lyme, herpes zoster
Lesiones infiltrativas: carcinomas, linfomas, leucemias
Lesiones granulomatosas: sarcoidosis
Tóxicos: plomo, dapsona, L-triptófano

una enfermedad autoinmune de base. La clave para el diagnóstico son los datos clínicos asociados, el estudio inmunológico y la biopsia para la confirmación. El tratamiento de la MM es el de la enfermedad de base.

Mononeuritis múltiple desmielinizante. En este caso, la forma de presentación habitual es la PNP simétrica distal; sin embargo, en fases iniciales el proceso puede simular una MM debido a que, clínicamente, las primeras manifestaciones aparecen en los sitios habituales de atrapamiento. El carácter difuso del cuadro se podrá demostrar con el EMG.

En este grupo destaca, por su carácter focal, clínico y neurofisiológico, la neuropatía motora multifocal con bloqueos de la conducción. ■

Bibliografía

1. Kissel JT, Mendell JR. Vasculitic neuropathy. *Neurol Clin* 1992;10:761-81.
2. Diseases of the peripheral nerves. En: Victor M, Ropper AH, editors. *Adams and Victor's principles of neurology*. 7th ed. McGraw-Hill, 2001; p. 1370-463.
3. Barohn RJ. Approach to peripheral neuropathy and neuronopathy. *Semin Neurol* 1998;18:7-18.
4. Asbury AK. Enfermedades del sistema nervioso periférico. En: Harrison, editor. *Principios de medicina interna*. 13.ª ed. Interamericana McGraw-Hill, 1994; p. 2741-2.