

## Notalgia parestésica: a propósito de un caso

Mirian Arellano Mangado,\* J Poblet Florentin,\*\* J Modesto Dos Santos,\*\* F Jiménez Bermejo,\*\*  
I Leturia Delfrade,\*\* I Díaz De Santiago\*\*

### RESUMEN

La notalgia parestésica es un trastorno neurológico y dermatológico frecuente en nuestro medio, aunque infradiagnosticado. Descrita predominantemente en mujeres de edad media, con afectación de los dermatomas correspondientes a la columna dorsal a nivel de D2-D6, y manifestaciones clínicas de prurito, alteraciones sensitivas y cutáneas en dicha región. Existen múltiples opciones de tratamiento, aunque no se dispone en la literatura de un protocolo terapéutico claro, en parte debido al escaso número de estudios y al pequeño tamaño muestral de éstos. Presentamos una paciente con notalgia parestésica refractaria a la mayoría de tratamientos descritos en dicha literatura.

**Palabras clave:** Notalgia parestésica, prurito, neuropatía, mácula hiperpigmentada.

### ABSTRACT

*Notalgia paresthetica is a neurological and dermatological disorder relatively frequent in medical practice, but often misdiagnosed. It is described mainly in middle age women, localized in the dermatomes corresponding to the D2-D6 levels of the dorsal vertebral column, with pruritus, sensitive and cutaneous alterations as main clinical manifestations in the affected region. Eventough several therapeutic options have been reported there is no therapeutic protocol available in the literature, probably due to the limited number of studies and the small series of patients reported. We present a case with notalgia paresthetica diagnosis refractory to most of the treatments described in literature.*

**Key words:** Notalgia paresthetica, pruritus, neuropathy, hyperpigmented macule.

## INTRODUCCIÓN

El término notalgia parestésica (NP) deriva del griego νῶτον (*noton*) (espalda), y fue empleado por primera vez en 1934 por Astwazaturow<sup>1</sup> para describir una dermatopatía caracterizada por dolor e hipoestesia en la parte superior de la espalda. Posteriormente, en 1988, Weber et al.<sup>2</sup> describieron la NP como una afectación nerviosa sensitiva y dermatológica, en forma de placas pigmentadas secundarias al rascado crónico por prurito de origen neuropático.

A día de hoy sigue sin conocerse la etiopatogenia de esta enfermedad, aunque se le atribuye un origen neuropático sensorial a nivel de los nervios espinales dorsales (D2-D6)<sup>3-5</sup>, por

ser ésta una localización frecuente de cambios degenerativos, hernias y desviaciones axiales de la columna vertebral dorsal. Se postula que la lesión de estas neuronas sensitivas originaría focos neuronales ectópicos que darían lugar a descargas descontroladas, ocasionando los síntomas típicos de la NP.

La NP afecta predominantemente a mujeres, con una ratio de 2-3:1, y una media de edad de 54 a 62 años<sup>6</sup>, aunque puede debutar en edades más precoces en casos hereditarios. No se han apreciado diferencias raciales. La clínica cardinal es el prurito neuropático correspondiente a los dermatomas de la región dorsal D2-D6 (zona subescapular paraverterbal), generalmente unilateral (aunque también se han descritos casos de afectación bilateral). Asocia también alteraciones sensitivas en forma de hipo-/hiperestesia, así como otras disestesias. Las lesiones dérmicas más frecuentemente descritas consisten en máculas o placas pigmentadas de bordes mal definidos, en ocasiones liquenificadas y con escoriaciones fruto del rascado crónico, localizadas en la zona donde se refieren las alteraciones sensitivas. La NP se ha relacionado con alteraciones similares como el prurito braquiorradial, la meralgia parestésica (afectación del nervio femoral) o la gonalgia parestésica (afectación del nervio safeno), que presentan manifestaciones clínicas similares pero en localizaciones corporales diferentes.

Se trata de una entidad poco conocida, pero no poco habitual en la práctica médica, y de la que existen pocas pu-

\* Servicio de Fisioterapia Neurológica. Clínica Ubarmin.

\*\* Servicio de Medicina Interna.

Complejo Hospitalario de Navarra.

Abreviatura:

NP = Notalgia parestésica.

Recibido para publicación: julio, 2018.

Aceptado para publicación: septiembre, 2018.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/medicinafisica>

blicaciones en la literatura científica. Por este motivo no hay disponible un protocolo de manejo de los pacientes con NP, aunque se recomienda un abordaje multidisciplinar de éstos (dermatólogos, neurólogos, traumatólogos, neurocirujanos, médicos de atención primaria, internistas, rehabilitadores, fisioterapeutas...). Las opciones terapéuticas son múltiples e incluyen tratamientos tópicos (cremas anestésicas, capsaicina, corticoides, etc.), tratamientos orales (antihistamínicos, anti-depresivos, pregabalina/gabapentina), fototerapia, inyección de toxina botulínica, bloqueos paravertebrales, osteopatía, neuroestimulación eléctrica, neuroestimulación muscular, cirugía, acupuntura, etcétera<sup>7</sup>.

A continuación se describe un caso clínico con su proceso diagnóstico y propuestas terapéuticas.

## CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 46 años, sin antecedentes personales de interés, que acude en 2017 a consultas de Neurocirugía por dorsalgia derecha con irradiación intercostal ipsilateral de características neuropáticas de varios años de evolución. En la exploración física destacaba una mácula cutánea hiperalérgica descrita como «mancha café con leche» subescapular derecha (región correspondiente a dermatomo afecto) (Figura 1), sin aparente afectación neurológica motora, sensitiva o autonómica. La paciente fue remitida a consultas de Neurología y Dermatología. En Neurología solicitan RM de columna vertebral cervical con hallazgo de discopatía degenerativa C5-C6 con profusión discal a dicho nivel que condicionaba



Figura 1. Mácula hiperpigmentada subescapular derecha.

leve estenosis de canal e incipiente afectación foraminal derecha. Por parte de Dermatología se realiza biopsia cutánea con anatomía patológica compatible con notalgia parestésica, sin presencia de amiloide.

La paciente es diagnosticada con NP y remitida a la Unidad del Dolor, donde inicialmente se trata con pregabalina, fluoxetina, diazepam, lidocaína tópica, tapentadol, etoricoxib... sin apenas mejoría sintomática. Ante los múltiples fracasos terapéuticos se inician parches de capsaicina, sin éxito, por lo que desde la Unidad de Dolor se propone la realización de bloqueo neurológico ecoguiado sin apreciar mejoría del dolor, pero sí del prurito. A día de hoy la paciente se encuentra en lista de espera para iniciar tratamiento con ciclos de lidocaína.

Es remitida desde atención primaria a consultas de Medicina Interna para nueva valoración y búsqueda de alternativas terapéuticas. Por parte de Medicina Interna se descartan antecedentes familiares similares<sup>8</sup> y afectación glandular, por la conocida asociación de la NP con la neoplasia endocrina múltiple tipo MEN-2A<sup>9</sup>. Como alternativa de tratamiento se remite la paciente al Servicio de Rehabilitación para realizar tratamiento fisioterápico.

## DISCUSIÓN

La NP es un trastorno neurocutáneo que afecta principalmente a personas adultas de edad media y avanzada, más frecuentemente mujeres. En raras ocasiones, se trata de una entidad hereditaria, de inicio a edades más tempranas, y que ocasionalmente se puede asociar a MEN-2A. Las manifestaciones clínicas típicas incluyen una neuropatía sensitiva de distribución metamérica, predominantemente en región dorsal D2-D6, acompañada de manifestaciones dermatológicas en forma de lesiones hiperpigmentadas, que puede precipitar depósito de amiloide (amiloidosis cutánea)<sup>10</sup>.

Ante la sospecha clínica de NP se debe realizar en primera instancia una anamnesis exhaustiva dirigida, un examen neurológico y dermatológico, estudio analítico completo, pruebas de imagen que descarten compresiones nerviosas, y biopsia cutánea para descartar depósito de amiloide.

Entre las diferentes opciones terapéuticas se encuentra el tratamiento tópico (corticoides, capsaicina y anestésicos locales) con o sin mediación coadyuvante oral (antiepilépticos, antidepresivos, gabapentina/pregabalina etc.), tratamiento fisioterápico (osteopatía, neuroestimulación eléctrica y muscular) o fototerapia. En caso de fracaso de dichos tratamientos se puede valorar la combinación con técnicas más agresivas como inyección de toxina botulínica, bloqueo paravertebral, cirugía, etcétera.

En el caso que presentamos, la paciente ha fracasado a primera línea de tratamiento (tratamientos tópicos y orales), e incluso al bloqueo neuronal, persistiendo el dolor neuropático.

Por esta razón se planteó a la paciente iniciar nuevas técnicas de fisioterapia, además de los ciclos de lidocaína para control sintomático.

## REFERENCIAS

1. Astwazaturow M. Über paräthetische neuralgien und eine besondere form derseben-Notalgia parästhetica. *Dt Z Nervenheilk.* 1934; 133: 188-196.
2. Weber PJ, Poulos EG. Notalgia paresthetica, case reports and histologic appraisal. *J Am Acad Dermatol.* 1988; 18 (1 Pt 1): 25-30.
3. Pleet AB, Wayne ME. Notalgia paresthetica. *Neurology.* 1978; 28 (12): 1310-1312.
4. Marcusson JA, Lundh B, Sidén A, Persson A. Notalgia paresthetica-puzzling posterior pigmented pruritic patch. *Acta Derm Venereol.* 1990; 70 (5): 452-454.
5. Eisenberg E, Barmeir E, Bergman R. Notalgia paresthetica associated with nerve root impigment. *J Am Acad Dermatol.* 1997; 37 (6): 998-1000.
6. Raison-Peyron N, Meunier L, Acevedo M, Meynadier J. Notalgia paresthetica: clinical physiopathological and therapeutical aspects. A study of 12 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 1999; 12 (3): 215-221.
7. Pérez-Pérez LC. General features and treatment of Notalgia paresthetica. *Skinmed.* 2011; 9 (6): 353-358; quiz 359.
8. Comings DE, Comings SN. Hereditary localized pruritus. *Arch Dermatol.* 1965; 92 (3): 236-237.
9. Chabre O, Labat-Moleur F, Berthod F, Tarel V, Stoebner P, Sobol H et al. Cutaneous lesion associated with multiple endocrine neoplasms type 2A. *Presse Med.* 1992; 21 (7): 299-303.
10. Verga U, Fugazzola L, Cambiaghi S, Pritelli C, Alessi E, Cortelazzi D et al. Frequent association between MEN-2A and cutaneous lichen amyloidosis. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2003; 59 (2): 156-161.

Dirección para correspondencia:

Mirian Arellano Mangado  
Calle Irunlarrea Núm. 3,  
Pamplona-España,  
Tel: 0034 848422222,  
Fax: 0034 848422303