



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

10. Kolev I. Parsonage-Turner syndrome. En: Brice A, editor. Orphanet Encyclopedia. July 2004 [consultado Ene 2010]. Disponible en: <http://www.orpha.net/data/patho/GB/uk-Turner.pdf>.
11. Preston D, Shapiro B. Electromyography and Neuromuscular Disorders: Clinical Electrophysiologic Correlations. 2. Elsevier; 2005.
12. Gaskin CM, Helms CA. Parsonage-Turner syndrome: MR imaging findings and clinical information of 27 patients. *Radiology*. 2006;240:501–7, <http://dx.doi.org/10.1148/radiol.2402050405>. PMID: 16864674.
13. Sahin E, Senocak O, Bacakoğlu AK, Oztura I, Gözüüm M, Peker O. Rotator manşet yırtığı olan bir olguda omuz ağrısının ana nedeni: Nöraljik amiyotrofi [Neuralgic amyotrophy as the primary cause of shoulder pain in a patient with rotator cuff tear]. *Acta Orthop Traumatol Turc*. 2009;43:190–2, <http://dx.doi.org/10.3944/AOTT.2009.190>. PMID: 19448361.
14. Muse RL, Contreras OO. Síndrome de Parsonage-Turner o neuritis braquial: a propósito de dos

casos clínicos. *Rev Chil Radiol*. 2003;9:137–9, <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-93082003000300005>.

M. Alvarado^{a,*}, Y. Lin-Miao^b
y M. Carrillo-Arolas^a

^a Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Universitario Mútua de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

^b Servicio de Neurología, Hospital Universitario Mútua de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: malvarado@mutuaterrassa.cat (M. Alvarado).

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2021.04.008>
0213-4853/

© 2021 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Neuralgia amiotrófica secundaria a vacuna contra COVID-19 Vaxzevria (AstraZeneca)



Amyotrophic neuralgia secondary to Vaxzevria (AstraZeneca) COVID-19 vaccine

Sr. Editor:

En 1948 Parsonage et al. publicaron la primera serie de 136 pacientes de un síndrome clínico que denominaron neuralgia amiotrófica. El cuadro típico se caracteriza por la aparición del dolor en hombro de inicio subagudo, con posterior aparición de debilidad y amiotrofia días después, debido a una plexopatía braquial¹. En un 50% de los casos se han encontrado diferentes factores predisponentes como infecciones, ejercicio intenso, cirugías, puerperio y diferentes tipos de vacunas^{2,3}. Actualmente no se han descrito casos con relación a la vacunación contra el virus COVID-19 tras vacuna tipo Vaxzevria.

Se presenta el caso de un varón de 38 años, como único antecedente enfermedad celiaquía. Tras recibir vacuna contra COVID-19 de tipo Vaxzevria cuatro días antes, inicia dolor intenso de inicio agudo en hombro izquierdo irradiado a región escapular y brazo, persistente en reposo que empeoraba con los movimientos. La exploración no detectó déficit motor ni sensitivo salvo impotencia funcional por dolor, no reflejos de estiramiento muscular conservados. Se realizó un estudio neurofisiológico en el que se observó en extremidad superior izquierda una disminución en la amplitud de los potenciales de acción en los nervios axilar, musculocutáneo, mediano y radial. En el estudio electromiográfico se observó fibrilaciones y ondas positivas en músculo extensor común de los dedos, abductor del 5º dedo, primer interóseo dorsal y abductor corto del pulgar. En una resonancia de hombro se observó una leve tendinopatía subacromial

izquierda, la resonancia cervical fue normal. Se diagnosticó de neuralgia amiotrófica con afectación de los tres troncos del plexo izquierdo y se inició tratamiento con metilprednisolona 500 mg intravenoso una dosis y pauta de prednisona 60 mg/día durante 10 días con reducción posterior de 10 mg cada tres días hasta suspender. Se observó mejoría del dolor, con desaparición de los síntomas a las dos semanas. Unos 40 días después de la vacuna realiza por primera vez actividad deportiva, refiriendo disnea significativa con el esfuerzo. En la tomografía de tórax se observó una parálisis diafragmática izquierda con pequeña atelectasia pulmonar basal izquierda. Se consultó con el Servicio de Neumología, pautándose presión positiva continua de la vía aérea (CPAP) nocturna.

La incidencia de neuralgia amiotrófica se estima en 1,64 casos cada 100.000 habitantes⁴. Se trata de una patología de origen desconocido, en el que se produce una agresión inmunomediada del plexo braquial, probablemente facilitada por la disrupción de la barrera hemato-nerviosa a nivel local debido a la compresión y estiramiento del plexo². Un evento asociado a esta patología que podría poner en marcha la respuesta proinflamatoria son las vacunas⁴. Se ha descrito un caso de neuralgia amiotrófica tras la administración de la vacuna contra COVID-19 tipo BNT162b2 (Pfizer)⁵. En nuestro caso se trató de vacuna tipo Vaxzevria (AstraZeneca). Otro factor asociado a esta patología es la infección por COVID-19, habiéndose descrito varios casos^{6–9}.

La presentación a nivel braquial fue leve, ya que los hallazgos clínicos fundamentalmente fueron dolor en impotencia funcional. Sin embargo, la afectación del plexo se pudo confirmar a nivel electrofisiológico. Posteriormente se observó una afectación unilateral a nivel del nervio frénico. La afectación a este nivel se ha observado en torno al 7,6% de los pacientes con neuralgia amiotrófica¹⁰. Puede presentarse de forma uni o bilateral, con predominancia variable según la serie^{10–12}. Los síntomas más frecuentes son la disnea con el esfuerzo, trastornos del sueño y ortopnea. El retraso en el diagnóstico se demora de media unas 20 semanas, por

lo que es muy importante tener en cuenta estos síntomas en cualquier paciente diagnosticado de neuralgia amiotrófica, ya que podrían beneficiarse con tratamiento de ventilación mecánica no invasiva según la gravedad de la afectación. La mayoría de los pacientes mejoran en el seguimiento a dos años, aunque en algunas series un 24% no mejoran nada y un 44% tienen secuelas¹¹.

El tratamiento durante la fase aguda en esta patología consiste en controlar el dolor y prednisona para acortar la duración del cuadro, siendo una pauta habitual la de 60 mg al día durante una semana por vía oral, con descenso progresivo posteriormente. En casos de recurrencias o dolor muy intenso también pueden emplearse por vía intravenosa corticoides o inmunoglobulinas⁴.

En conclusión, al igual que otras vacunas, la vacuna frente a COVID-19 podría relacionarse con casos de neuralgia amiotrófica, no obstante, los casos descritos de neuralgia amiotrófica tras infección por COVID-19 superan a los de las vacunas. Debe tenerse en cuenta en todo paciente con esta patología la posible afectación del nervio frénico para un correcto tratamiento.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Bibliografía

1. Parsonage MJ, Turner JWA, Aldren Turner JW. Neuralgic amyotrophy; the shoulder-girdle syndrome. *Lancet*. 1948;1:973–8.
2. Gstoettner C, Mayer JA, Rassam S, Hruby LA, Salminger S, Sturma A, et al. Neuralgic amyotrophy: a paradigm shift in diagnosis and treatment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2020;91:879–88.
3. van Alfen N, van Engelen BGM. The clinical spectrum of neuralgic amyotrophy in 246 cases. *Brain*. 2006;129:438–50.
4. Paul S. Neuralgic amyotrophy. An update. *Joint Bone Spine*. 2017;84:153–8.

5. Mahajan S, Zhang F, Mahajan A, Zimnowodzki S. Parsonage Turner syndrome after COVID-19 vaccination. *Muscle Nerve*. 2021. <http://dx.doi.org/10.1002/mus.27255>.
6. Siepmann T, Kitzler HH, Lueck C, Platzek I, Reichmann H, Barlinn K, et al. Neuralgic amyotrophy following infection with SARS-CoV-2. *Muscle Nerve*. 2020;62:E68–70.
7. Cacciavillani M, Salvalaggio A, Briani C. Pure sensory neuralgic amyotrophy in COVID-19 infection. *Muscle Nerve*. 2021;63:E7–8.
8. Mitry MA, Collins LK, Kazam JJ, Kaicker S, Kovanlikaya A. Parsonage-turner syndrome associated with SARS-CoV2(COVID-19) infection. *Clin Imaging*. 2021;72:8–10.
9. Ismail II, Abdelnabi EA, Al-Hashel JY, Alroughani R, Ahmed SF. Neuralgic amyotrophy associated with COVID-19 infection: a case report and review of the literature. *Neurol Sci*. 2021;20:1–5.
10. van Alfen N, Doorduyn J, van Rosmalen MHJ, van Eijk JJJ, Heijdra Y, Boon AJ, et al. Phrenic neuropathy and diaphragm dysfunction in neuralgic amyotrophy. *Neurology*. 2018;91:e843–9.
11. Podnar S. Idiopathic phrenic neuropathies: a case series and review of the literature. *Muscle Nerve*. 2015;52:986–92.
12. Tsao BE, Ostrovskiy DA, Wilbourn AJ, Shields RW Jr. Phrenic neuropathy due to neuralgic amyotrophy. *Neurology*. 2006;66:1582–4.

J.A. Crespo Burillo^{a,*}, C. Loriente Martínez^b,
C. García Arguedas^a
y F.J. Mora Pueyo^a

^a Servicio de Neurología, Hospital de Barbastro, Barbastro, España

^b Servicio de Urgencias, Hospital de Barbastro, Barbastro, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [josanjose@hotmail.com](mailto:josanjoseli@hotmail.com)
(J.A. Crespo Burillo).

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2021.05.007>
0213-4853/

© 2021 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Mielitis transversa aguda asociada a infección por SARS-CoV-2

Acute transverse myelitis following SARS-CoV-2 infection

Sr. Editor:

La infección por el virus *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS-CoV-2) causante de la enfermedad COVID-19, fue descrita por primera vez en diciembre del 2019 en Wuhan. Los síntomas típicos de la enfermedad son fiebre, tos seca, disnea y malestar general¹. En los casos más graves, se produce una liberación masiva de citosinas proinflamatorias que ocasionan daño alveolar asociado



a insuficiencia respiratoria y fallo multiorgánico que llevan a la muerte del paciente². Las manifestaciones neurológicas de la infección por SARS-CoV-2 incluyen cefalea, mareos, alteración de conciencia y anosmia³. Se presenta el caso de un paciente con un síndrome medular agudo asociado a infección por SARS-CoV-2.

Se trata de un varón de 53 años, sin antecedentes de interés, diagnosticado dos días antes de infección por SARS-CoV-2 que consultó por disestesias en extremidades inferiores e imposibilidad para la deambulación autónoma. En ningún momento presentó clínica respiratoria ni afectación pulmonar.

A la exploración, presentaba un balance motor conservado, una hipoestesia táctil, vibratoria y algésica con un nivel sensitivo D9-D10, reflejos osteotendinosos exaltados en extremidades inferiores, signo de Babinsky bilateral, marcha atáxica y retención urinaria.