

¿QUÉ ES LA POLINEUROPATÍA DIABÉTICA?

Marcelo Espinoza*

Médico del Servicio de Neurología del Hospital Sabogal Callao, Perú*

<http://neurologoespinoza.com/blog/>

Entrevista clínica

Simona, de 63 años, sufre de diabetes mellitus desde hace 10 años. Las últimas semanas su azúcar ha estado elevándose; por eso, acudió al endocrinólogo quien le prescribió insulina para intentar controlar esta condición. Desde hace varios meses atrás, se queja de hormigueos y dolor como punzadas de agujas en la planta de los pies. Por si fuera poco, concomitante a este dolor se sumó, desde hace pocas semanas, un dolor muy intenso en el muslo derecho. Además, le preocupa la debilidad en los muslos para incorporarse y la pérdida de su capacidad para caminar.

No sabe qué hacer ni qué tomar. Acudió varias veces al médico, pero nada alivia su dolor. Espera la noche con temor, pues es la hora que más la azota este verdugo, llamado dolor neuropático. No duerme y se despierta en busca de consuelo y alivio para este lancinante dolor. Durante el día, está peleándose con medio mundo y come muy poco, a pesar de la insistencia de sus hijas. Perdió 10 Kg. de peso. Se resiste a buscar nueva ayuda profesional, ya que ha perdido la fe en los médicos y se niega a tomar los medicamentos, y ella dice: “para que, si sólo consiguen dañarme el estómago”. Los hijos llegaron de provincia, al verla tan mal, deciden llevarla al hospital.

Examen clínico

Entra al consultorio de neurología sentada en una silla de ruedas, emitiendo quejidos de dolor. Le cuesta expresarse claramente, habla entrecortado, le entiendo poco. Después de calmarla un poco, le realizó el examen físico con mucha cautela, ya que el mínimo roce de su piel, le despierta un inmenso dolor. La piel, sobre todo, de los pies esta brillante, reseca y agrietada. La piel de las manos luce mejor, pero la percusión del trayecto del nervio en la muñeca le genera una descarga eléctrica que se extiende hasta la pulpa de los dedos. La percusión en los tendones para la búsqueda de los reflejos fue infructuosa.

Intento que se incorpore de su silla y camine algunos pasos; insisto reiteradamente con voz imperiosa, pero veo que, a pesar del esfuerzo expresado en sus gestos, no logra ponerse en pie. Al final del examen, observo falta de fuerza para la flexión de la rodilla derecha.

Exámenes complementarios

Se realizó un estudio de conducción nerviosa y una electromiografía de las extremidades, la cual reveló la presencia de una poliradiculoneuropatía axonal sensitiva motora con afección predominante de la raíz L2-L4 bilateral. La resonancia magnética nuclear de la columna lumbosacra no muestra evidencia de compresión radicular.

Diagnostico

Considerando los hallazgos clínicos y el aporte de los exámenes complementarios se arribó al diagnóstico de Amiotrofia Diabética.

Comentario

La polineuropatía diabética (PND) es una enfermedad insidiosa y polimorfa que afecta, al quinto año de evolución, a aproximadamente el 50% de los pacientes diabéticos. Y un 25% de pacientes con PND padece de dolor neuropático. La PND puede aparecer antes o ser más agresiva, si el paciente lleva un mal control de su azúcar, o padece de otros factores de riesgo como hipotiroidismo, obesidad, insuficiencia renal, hipertensión arterial, etc.

El control del azúcar es una medida fundamental para disminuir la incidencia de PND. Su elevación persistente por encima de 200 mg/dl genera daño de las fibras nerviosas, sobre todo, de las más largas y delgadas.

En este caso, **Simona** presenta un cuadro de amiotrofia diabética (AD) que es una forma de presentación clínica inusual.

La polineuropatía simétrica distal es la forma clínica más frecuente y afecta la parte distal de las extremidades; comienza por la planta y dedos de ambos pies y, progresivamente asciende hasta comprometer las manos (en forma de "guantes y calcetín"). El origen de este cuadro es el daño axonal generalizado por efecto de la hiperglucemia a través de la creación de radicales tóxicos. En cambio, la amiotrofia diabética sobreviene relativamente rápida sobre un fondo de injuria nerviosa comprometiendo, principalmente, los músculos más proximales (cuádriceps, iliopsoas) de las extremidades inferiores.

Las causas propuestas de esta última variante es el daño inflamatorio de la raíces nerviosas y el infarto de las pequeñas arterias que irrigan los troncos nerviosos. Ambas formas cursan con intenso dolor, pero la amiotrofia diabética provoca más limitación funcional y tiene un tratamiento diferente. El tratamiento de la amiotrofia diabética, además de llevar un buen control metabólico, requiere el empleo de inmunosupresores, de analgésicos opioides, antineuríticos y antidepresivos para el control del dolor neuropático. La terapia física es otra medida utilizada para fortalecer los músculos y, también, para aliviar el dolor. La recuperación es lenta y a veces no se consigue regresar al estado de salud anterior; otras veces la enfermedad progresa y compromete ambas extremidades.