

Neuropatía diabética

Gómez Clavelina Francisco J.[□]

La Neuropatía Diabética (ND) se define como un conjunto de síntomas y signos que resultan de la afectación de los nervios periféricos, autonómicos o craneales en un paciente diabético.¹ Es preciso considerar este diagnóstico una vez que se han descartado otras causas de neuropatía.

Es frecuente identificar daño temporal o permanente en el tejido nervioso de pacientes con diabetes. El factor etiológico identificado se relaciona con la disminución del flujo sanguíneo y por los altos niveles de glucosa sérica; por lo tanto, esta patología se observa con más frecuencia en diabéticos con un mal control metabólico. Puede estimarse que la ND ocurre entre 23 a 66% de los pacientes diabéticos, la prevalencia aumenta con el tiempo de evolución de la diabetes y con la edad.^{2,3} La neuropatía diabética se relaciona sobre todo con el mal control glucémico, pero también con otros factores de riesgo cardiovascular modificables: triglicéridos, índice de masa corporal, tabaquismo e hipertensión.⁴

Variantes clínicas

Este padecimiento puede ser subclínico o presentar francas manifestaciones, las más comunes son:

- Polineuropatía distal. Entre 54 a 75% de los pacientes con neuropatía diabética la padecen. Afecta en forma simétrica, distal, a largo plazo y progresiva. El paciente refiere parestesias, entumecimiento, dolor en los pies y manos y alodinia, que es descrita como intolerancia al roce de las sábanas o de la ropa. El dolor aumenta en las noches y disminuye con el movimiento activo. En el examen físico se detectan alteraciones en la sensibilidad vibratoria y táctil, así como disminución o ausencia del reflejo aquileo. No hay alteraciones electromiográficas.⁵
- Neuropatía autonómica. Se presenta en forma insidiosa, puede afectar múltiples órganos y se diagnostica por exclusión. Afecta al tubo digestivo con diversos

signos y síntomas como disfagia, constipación o diarrea, incontinencia fecal; también afecta al aparato urinario lo que ocasiona pujo, tenesmo y disfunción eréctil; en el ámbito cardiovascular suele haber taquicardia en reposo e hipotensión ortostática.⁵

- Neuropatías craneales o periféricas. Afectan frecuentemente al tercero, cuarto y sexto pares craneales, así como al nervio mediano. Los pacientes con oftalmoplejía diabética refieren dolor, ptosis, diplopía y disfunción pupilar. Los síntomas se presentan en forma brusca y remiten en pocas semanas. Puede haber afectación de múltiples nervios periféricos.⁵
- Neuropatía toracolumbar o polirradiculopatías. Síndrome que se caracteriza por alteraciones funcionales en los nervios raquídeos, con agudización sintomatológica nocturna. Las raíces nerviosas más comúnmente afectadas son L2, L3, L4 que se manifiestan como amiotrofia diabética, la cual produce dolor en el muslo y debilidad en la pierna. El diagnóstico es clínico y electromiográfico. La afectación torácica es menos frecuente y semeja la neuralgia posherpética, el dolor suele ser intenso y localizado en el abdomen.⁵

Diagnóstico

Se fundamenta en hallazgos clínicos y deben excluirse otras neuropatías. Una cuidadosa historia clínica es esencial. A la exploración física puede encontrarse, además de lo ya descrito, disminución o pérdida de la sensibilidad vibratoria (aplique el diapasón de 128Hz en el primer dedo del pie) térmica (se explora con el diapasón en el dorso del pie) y táctil ligera (se explora con un filamento metálico fino arrastrándolo sobre la piel). Es común la disminución en el reflejo rotuliano.⁶

La neuropatía autonómica puede sospecharse si al hacer la maniobra de Valsalva la Frecuencia Cardíaca (FC) aumenta (FC Valsalva/FC sin Valsalva = 1.2) o si existe una frecuencia cardíaca en reposo superior a 100 latidos/minuto o si el test ortostático (medición con el paciente acostado y nueva medición al minuto de estar de pie) no hay cambios en la FC o la presión arterial disminuye más de 20 mm Hg.⁶

Tratamiento

Suele haber mejoría espontánea, especialmente si el inicio de la sintomatología fue brusco, o como consecuencia de un episodio de descontrol metabólico. El control de la glucemia es fundamental tanto para reducir la aparición de la neuropatía como para controlar los síntomas.^{7,8} Es indispensable que el médico familiar explore la percepción del apoyo familiar para el control metabólico del paciente, esto le permitirá evaluar la participación de al menos un cuidador del paciente, o del grupo familiar para establecer un compromiso de ellos y lograr el adecuado seguimiento de la dieta, la administración puntual de los medicamentos, las medidas higiénicas y cuidados que requiere el diabético, además de la asistencia a las citas médicas para una adecuada evaluación del avance del tratamiento.

□ Profesor del Departamento de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia:
Gómez Clavelina Francisco J.
igc@servidor.unam.mx

Aten Fam 2009;16(2):39-40.

El manejo de los síntomas cardiovasculares puede incluir beta bloqueadores e inhibidores de la ECA, los síntomas gastrointestinales y urinarios se manejan mediante medidas que modifican hábitos y dieta.

El tratamiento farmacológico incluye antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina) que, aunque útiles y de bajo costo, suelen producir importantes efectos secundarios que obligan a suspenderlos. Estos fármacos no se utilizan primariamente como antidepresivos sino por los efectos benéficos que tienen sobre el sistema nervioso periférico en estos pacientes (consulte dosificación en http://www.facmed.unam.mx/catalogo/index_cat.html). Se recomienda iniciar tratamiento con dosis baja. Otros fármacos como la Gabapentina pueden ser de utilidad al asociarse con los antidepresivos tricíclicos en tratamiento combinado.

Referencias

1. Vinik AL. Diabetic neuropathies. *Med Clin North Am* 2004;88(4):947-999.
2. Edmonds ME, Foster AV. Diabetic foot ulcers. *BMJ*. 2006;18(332(7538):407-410.
3. Young MJ, Boulton AJ, McLeod AF, Williams DR, Sonksen PH. A multicentre study of the prevalence of diabetic peripheral neuropathy in the United Kingdom hospital clinic population. *Diabetologia*. 1993;36(2):150-154.
4. Tesfaye S, Chaturvedi N, Eaton SE, Ward JD, Manes C, Ionescu-Tirgoviste C et al. EURODIAB Prospective Complications Study Group. Vascular risk factors and diabetic neuropathy. *N Engl J Med* 2005;352(4):341-350.
5. Boulton AJ, Vinik AL, Arezzo JC, Bril V, Feldman EL, Freeman R, et al. American Diabetes Association. Diabetic neuropathies: a statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2005;28(4):956-962.
6. Grupo MBE Galicia. Neuropatía diabética. *Guías Clínicas* 2006;6(18):1-4. Disponible en URL: <http://www.fisterra.com>. Abril 2009.
7. Wong MC, Chung JW, Wong TK. Effects of treatment for symptoms of painful diabetic neuropathy: systematic review. *BMJ* 2007;335-387.
8. Hunt D. American Diabetes Association (ADA) Standards of medical care in diabetes 2008. *Diabetes Care* 2008;31:S12-S54.
9. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2006. *Diabetes Care* 2006 Jan; 29 (Suppl 1):S4-S42. Disponible en URL: http://care.diabetesjournals.org/cgi/content/full/29/suppl_1/s4
10. Aring AM, Jones DE, Falko JM. Evaluation and Prevention of Diabetic Neuropathy. *A Fam Physician*. 2005 Jun 1;71(11):2123-2128. Disponible en URL: <http://www.aafp.org/afp/20050601/2123.html>

Órgano de difusión científica del Departamento de Medicina Familiar

Facultad de Medicina

ATENCIÓN FAMILIAR

Apreciable doctor

**En breve,
Atención Familiar estará disponible
en la red con su nueva imagen.**

Espere la página web de la revista

Respuestas a las preguntas del caso clínico: paciente femenino con parestesias.

1. C
2. D
3. A

En caso de duda, se recomienda la lectura del artículo Neuropatía diabética en este ejemplar de Atención Familiar.