

424/2906 - MANIFESTACIONES AGUDAS DE POLINEUROPATHÍA DIABÉTICAS

L. Torres Sánchez y D. de Freitas Clemente

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 50 años con DM tipo II y complicaciones metadiabéticas, que acude a S. Urgencias por dolor torácico opresivo en hemitórax izquierdo, sudoración, y palidez que se acompaña de frialdad y pérdida de fuerza de MSI.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física destaca atrofia generalizada en mano izquierda (musculatura interósea, eminencias tenar e hipotenar). Hipoestesia, hipopallestesia y disminución de sensibilidad temoalgésica distal en MMII y MSI. Respecto a las pruebas complementarias, en la analítica sanguínea destaca troponina de 80 ng/l, CK 696. El TC aorta descarta síndrome aórtico agudo y coronariografía urgente que no muestra lesiones significativas ni evidencias de vasoespasmo coronario. En la RM cérvico-lumbar se no se aprecian lesiones significativas intracraneales ni en médula espinal. En el EMG existen signos de polineuropatía diabética sensitivomotora axonal y desmielinizante, grave. Lesión del nervio cubital izquierdo probablemente a nivel del codo, de intensidad grave, con degeneración axonal secundaria y signos reinervativos incipientes.

Orientación diagnóstica: Ante la normalidad de coronariografía, se descarta síndrome aórtico agudo debiendo realizar una ergometría, bajo sospecha de angina microangiopática. Las alteraciones sensitivas se entienden dentro de neuropatía diabética extensa y grave.

Diagnóstico diferencial: Se plantea diagnóstico diferencial con plexopatía aguda, neuropatía por hipotiroidismo, multineuritis diabética.

Comentario final: Hasta el 10% de los pacientes con diabetes mellitus desarrollan polineuropatía diabética de forma crónica, preferiblemente en contexto de DM de larga evolución con mal control. La presentación aguda con pérdida de sensibilidad temoalgésica no es una manifestación típica en DM, por lo que deben descartarse otras causas de clínica de neuroptía aguda como cambios de medicación, caquexia y anorexia recientes. Para saber orientar el caso y poder detectarlo desde Atención Primaria, debemos conocer las formas agudas y poco comunes de presentación de una polineuropatía diabética, pues se pueden presentar antes que las manifestaciones crónicas y en consecuencia poder actuar en la prevención de futuras complicaciones.

Bibliografía

1. Ziegler D, Papanas N, Vinik AI, Shaw JE. Epidemiology of polyneuropathy in diabetes and prediabetes. Handb Clin Neurol. 2014;126:3-22.

2. Bastron JA, Thomas JE. Diabetic polyradiculopathy: clinical and electromyographic findings in 105 patients. Mayo Clin Proc. 1981;56:725.

Palabras clave: Complicación. Diabetes. Polineuropatía diabética.