



POLINEUROPATIA

NEUROLOGIA



DOCENTE: DRA. MONICA GORDILLO RENDON
ALUMNA: NIDIA GABRIELA VALDEZ CALDERON

POLINEUROPATIA

es un subgrupo de desórdenes de nervios periféricos que es típicamente caracterizado por ser un proceso simétrico y diseminado, habitualmente distal y gradual, que puede presentar pérdida sensitiva, debilidad muscular o una combinación de ambas.

Son aquellas enfermedades que, bien por trauma externo, bien por agresión desde el medio interno, cursan con lesión de nervios periféricos.

causas

1. Afectación del cuerpo celular o neuronal.
2. Alteraciones axonales primitivas
3. Lesiones de la célula de Schwann o de la mielina

Manifestación clínica

- Déficit sensorial progresivamente en dirección centripeta en forma de calcetín.
- Entumecimiento o acortamiento de los pies
- Dificultad para caminar sobre los talones
- Desaparece el reflejo rotuliano.
- Pie en péndulo.
- El agravamiento de los síntomas es mas intenso en las piernas que en los brazos.
- La debilidad motora suele ser mayor en los músculos extensores que en los flexores.
- Las fibras nerviosas se afectan en relación con la longitud del axón, del tronco nervioso.

clasificación

Carenciales

- Déficit de vitamina B1
- Déficit de vitamina B6
- Déficit de vitamina B12

Metabólicas

- Diabetes mellitus
- Insuficiencia Renal
- Hipo e hipertiroidismo

Infecciosas

- VIH
- Difteria
- Enfermedad de Lyme
- Virus de Varicela Zoster

Inflamatorias

- Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica
- Síndrome de Guillain Barré

Asociada a procesos malignos

- mieloma múltiple, Paraneoplásicas (carcinoma de pulmón de células pequeñas, linfoma)

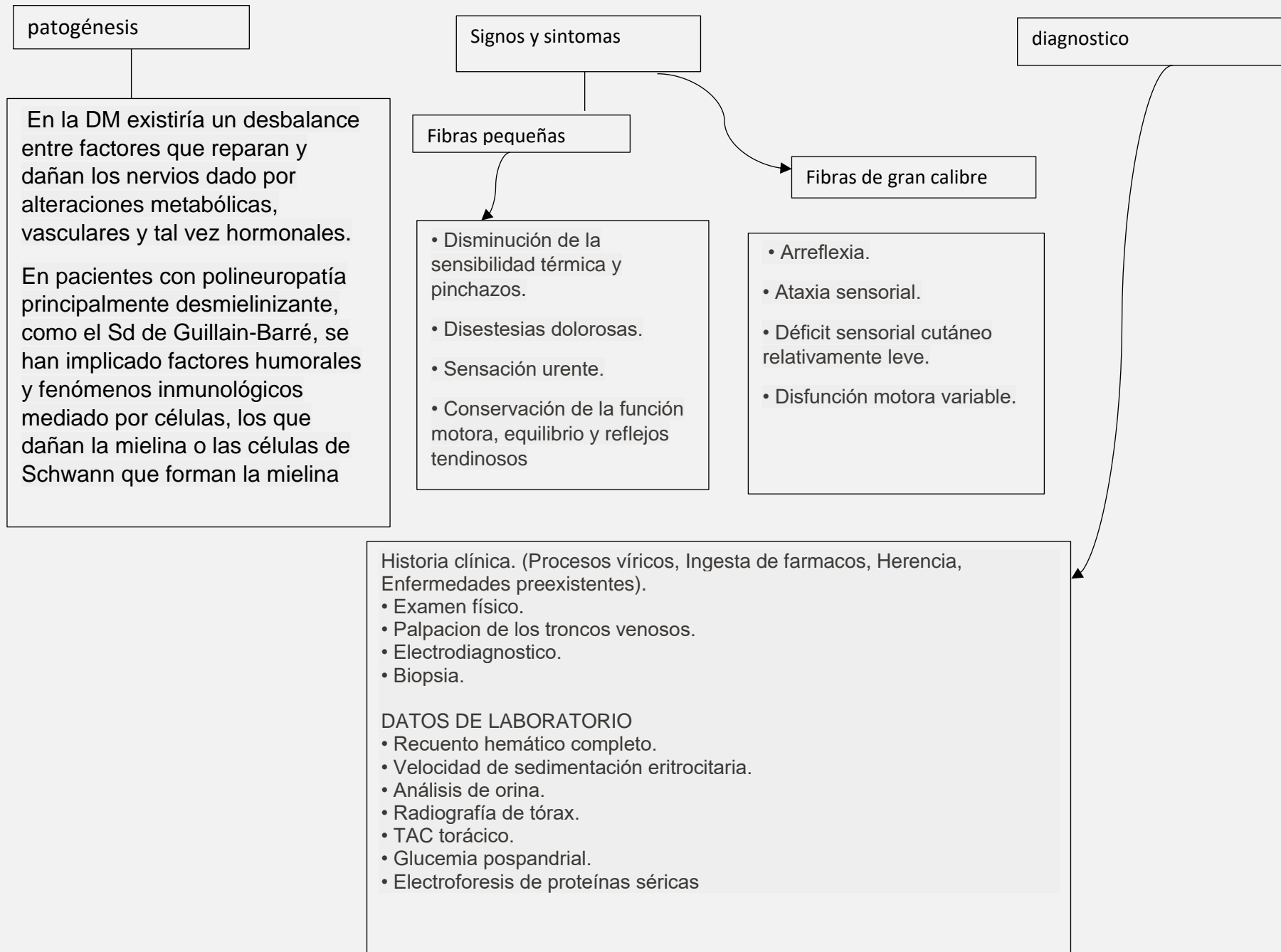
Enfermedades del tejido conectivo

- -Esclerodermia
- -Lupus eritematoso sistémico
- -Artritis reumatoide
- -Síndrome de Sjögren
- Panarteritis nudosa

Hereditarias

Secundarias a farmacos.

- Otras
- -Sarcoidosis
- -Amiloidosis.



tratamiento

El tratamiento debe iniciarse tan pronto como se ha establecido el diagnóstico □Cada día es importante.

La inmunoterapia ya no es eficaz a los 2 semanas de la aparición de los síntomas motores

Dosis altas de inmunoglobulina intravenosa
Plasmaferesis

INMUNOGLOBULINA La IVIg suele ser el primer producto para la terapéutica por su facilidad de aplicación y seguridad corroborada

5 sesiones diarias de venoclisis hasta alcanzar una dosis total de 2g/kg.

PLASMAFERESIS 40 a 50 ml de plasma/kg cuatro veces por semana.

En individuos tratados tempranamente en la evolución de la enfermedad y que mejoran pueden observarse recidiva en la 2 o 3 semana.

Los glucocorticoides no han sido eficaces en el síndrome de Guillain Barre.

En la fase de empeoramiento de GBS algunos enfermos necesitan ser vigilados en una unidad de cuidados intensivos.

Pronostico y recuperacion

Alrededor de 85% de los pacientes logra la recuperación funcional completa al cabo de varios meses o un año.

La tasa de mortalidad es menor del 5% en el mejor de los contextos

El pronóstico es peor en los pacientes con lesión axonal proximal motora y sensitiva grave.

Otros factores que empeoran el pronóstico de recuperación son edad avanzada, cuadros fulminantes o muy graves y retraso en el inicio del tratamiento