



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**“POLINEUROPATIAS”**

**ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ CELAYA**

**SEMESTRE: 6º**

**DOCENTE: DRA. MONICA GORDILLO RENDON**

**ASIGNATURA: NEUROLOGIA**

**TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, DICIEMBRE DE 2020**

PATOLOGIA	DEFINICION	CARACTERISTICAS	INCIDENCIA Y EPIDEMIOLOGIA	INTERROGATORIO	EXPLORACION FISICA	ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE	TRATAMIENTO
<b>SINDROME DE GUILLAIN BARRE</b>	<p>Se trata de una polirradiculoneuropatía desmielinizante aguda. Es la causa más frecuente de parálisis generalizada aguda o subaguda</p> <p>Se caracteriza clínicamente por la presencia de una parálisis flácida con arreflexia, trastorno sensorial variable y elevación de las proteínas en el LCR</p>	<p><b>VARIANTES:</b></p> <p><b>Regionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Síndrome de Fisher de oftalmoplejía, ataxia y arreflexia. Los anticuerpos antiGQ1b son los más frecuentes en esta variedad. No hay parálisis flácida de miembros</li> <li>Cervical-braquial-faríngea, a menudo con ptosis. Los anticuerpos anti-GT1a son los más frecuentes en esta variedad</li> <li>Debilidad oculofaríngea</li> <li>Paraparesias predominantes</li> <li>Debilidad facial o del sexto par con parestesias distales</li> <li>Oftalmoplejía con autoanticuerpos GQ1 b</li> </ul> <p><b>Funcionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ataxia generalizada sin disartria ni nistagmo</li> <li>Sensitiva pura</li> <li>Motora pura</li> <li>Pandisautonomía Axónica (AMAN) y los anticuerpos anti-GM 1 y anti-GD1a son los más frecuentes en esta variedad</li> </ul> <p><b>HALLAZGOS QUE DESCARTAN EL DIAGNOSTICO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Síndrome sensitivo puro</li> <li>Historia reciente de contactos con solventes (hexacarbonos)</li> <li>Metabolismo anormal de las porfirinas</li> <li>Infección diftérica reciente</li> <li>Evidencia de intoxicación por plomo</li> <li>Diagnóstico definitivo de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poliomielitis</li> <li>- Botulismo</li> <li>- Neuropatía tóxica (dapsona, organofosforados)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Surge en todas las estaciones, y afecta por igual a niños y adultos de todas las edades y los dos sexos.</li> <li>Afecta preferentemente a adultos jóvenes varones. Tiene 2 picos de presentación: uno en la etapa adulta joven (15-34 años) y otra en ancianos (60-74 años)</li> <li>Es la primera causa de parálisis flácida arreflexica aguda</li> <li>La variante Neuropatía Axónica Motora Aguda es más frecuente en niños y adultos</li> <li>La Neuropatía Axónica Sensitivo Motora Agudo presenta una afección radicular importante</li> </ul>	<p><b>ANTECEDENTES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Edad de presentación</li> <li>Enfermedades previas</li> <li>Infección de vías respiratorias o gastrointestinales o alguna vacunación de 2 a 4 semanas antes <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Campylobacter jejuni</b> es el más frecuente</li> <li><b>Virus del grupo herpes</b> (citomegalovirus, virus de Epstein-Barr)</li> <li><b>VIH</b></li> <li><b>H. Influenzae</b></li> <li><b>Mycoplasma pneumoniae</b></li> <li><b>Hepatitis tipo A, B, C y E</b></li> <li><b>Fiebre tifoidea</b></li> <li><b>Dengue</b></li> <li><b>Influenza A</b></li> <li><b>Virus Zika</b></li> <li><b>VIH</b></li> </ul> </li> </ul> <p><b>Otras condiciones asociadas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Enfermedad de Lyme</b></li> <li><b>Procedimientos quirúrgicos</b></li> <li><b>Linfomas</b></li> <li><b>LES</b></li> </ul> <p><b>FORMA DE COMIENZO</b></p> <p>Parestesias y la insensibilidad leve de dedos de pies y manos. Los músculos de los brazos por lo común tienen mayor potencia que los de las piernas</p> <p><b>EVOLUCIÓN CRONOLÓGICA:</b></p> <p>Es aguda o subaguda (de evolución rápida de días a semanas), progresiva (se intensifica con el tiempo) y ascendente (de distal a proximal)</p> <p><b>PREDOMINIO DE LOS SÍNTOMAS</b></p> <p>Debilidad que evoluciona de manera más o menos simétrica en cuestión de días, a una o dos semanas, o a veces más afectando a los músculos proximales y también los distales de las extremidades, por lo común las pélvicas antes que las escapulares</p>	<p><b>EXPLORACION NEUROLOGICA</b></p> <p><b>EVALUACION MOTORA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Debilidad o pérdida de la función muscular simétrica y ascendente (parálisis)</li> <li>Arreflexia o hiporreflexia osteotendinosa.</li> </ul> <p><b>EVALUACION SENSITIVA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hay una tendencia a que la sensibilidad profunda (tacto-presión-vibración), muestre mayor menoscabo que la superficial (dolor-temperatura).</li> <li>Disminuye el sentido de vibración y posición articular en dedos de pies y manos</li> </ul> <p><b>EVALUACION AUTONOMICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Taquicardia o bradicardia sinusal, otras arritmias cardiacas</li> <li>Hipertensión o hipotensión arterial postural</li> <li>Amplias fluctuaciones del pulso y de la presión sanguínea</li> <li>Pupila tónica</li> <li>Hipersalivación, anhidrosis o hiperhidrosis</li> <li>Alteraciones de esfínter urinario, estreñimiento, alteración en movilidad gástrica</li> <li>Tono vasomotor anormal causando estasis venosa o enrojecimiento facial</li> </ul>	<p><b>LCR:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Disociación albuminocitológica</li> <li>Se detectan predominantemente linfocitos</li> </ul> <p><b>ESTUDIOS ELECTRODIAGNÓSTICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Disminución de la amplitud de los potenciales de acción de músculos</li> <li>Descenso de la velocidad de conducción</li> <li>Bloqueo de conducción en nervios motores</li> </ul> <p>Se recomienda para mejorar la sensibilidad diagnóstica, realizar al menos 4 nervios motores, 3 nervios sensitivos, onda F y reflejo H.</p> <p><b>ELECTROLITOS SERICOS</b></p> <p>Sodio, fosfato, calcio, potasio, magnesio</p> <p><b>BIOMETRIA HEMATICA</b></p> <p>Serie blanca</p> <p><b>PROTEINA C REACTIVA</b></p> <p><b>ORINA:</b> glucosa, proteína</p> <p><b>PLOMO Y OTROS METALES PESADOS:</b> toxicidad</p> <p><b>VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR:</b> condición inflamatoria y síndrome paraneoplásico</p> <p><b>CREATININA:</b> descartar origen renal de la neuropatía</p> <p><b>TIAMINA:</b> descartar o confirmar su deficiencia</p>	<p><b>MEDIDAS GENERALES:</b></p> <p>En casos graves se requiere asistencia respiratoria así como corregir los problemas que surgen en cualquier persona inmovilizada y que tiene una enfermedad crítica</p> <p><b>PLASMAFÉRESIS:</b></p> <p>200 a 250 ml/kg de plasma en cuatro a seis sesiones en vías alternas</p> <p><b>CONCENTRADO INMUNOGLOBULÍNICO INTRAVENOSO (IVIG):</b></p> <p>0,4 g/kg al día durante 5 días consecutivos o 1 g/kg al día durante 2 días</p>

				<b>SÍNTOMAS ASOCIADOS</b> Debilidad, dolor y una molestia sorda de los músculos, parestia facial bilateral, síntomas autonómicos (taquicardia, hipotensión postural, hipertensión y síntomas vasomotores)			
<b>POLINEUROPATIA DIABETICA</b>	Es una complicación tardía de la diabetes mellitus está dada por la presencia de síntomas y/o signos de disfunción del nervio periférico después de la exclusión de otras causas	Las manifestaciones clínicas se caracterizan por combinar la clínica sensitiva, motora y autonómica, aunque con claro protagonismo de los trastornos sensitivos  <b>VARIANTES</b> <b>Polineuropatías simétricas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Polineuropatía sensitiva o sensitivomotora</b></li> <li>• <b>Polineuropatía sensitiva aguda dolorosa</b></li> <li>• <b>Polineuropatía vegetativa</b></li> </ul> <b>Neuropatías focales y multifocales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Neuropatías craneales:</b> La más común es la parálisis incompleta del III nervio craneal, generalmente dolorosa y sin afectación pupilar. Otros pares que se afectan menos frecuentemente son el VI, IV y VII</li> <li>• <b>Radiculoneuropatía cervicotoracoabdominal</b></li> <li>• <b>Neuropatía focal de las extremidades</b> (incluidas las compresiones y los atrapamientos). La más frecuente es la del nervio mediano en el túnel carpiano</li> <li>• <b>Amiotrofia diabética:</b> predominantemente motora, asimétrica, dolorosa aguda o subaguda que ataca las raíces lumbares superiores y los músculos de la zona proximal de la pierna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es la causa más frecuente de neuropatía metabólica.</li> <li>• Afecta a los dos sexos pero es más común en el sexo masculino</li> <li>• Aparece en todo tipo de diabetes</li> <li>• La polineuropatía diabética sensitiva distal es la variante más frecuente</li> <li>• La amiotrofia diabética se presenta generalmente en adultos y obesos con diabetes de tipo 2</li> </ul>	<b>ANTECEDENTES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome metabólico</li> <li>• Diabetes mellitus o hiperglicemia</li> <li>• Consumo de alcohol</li> <li>• Edad de presentación</li> <li>• Enfermedades previas</li> </ul> <b>EVOLUCION CRONOLOGICA</b> Crónica (10-15 años de evolución) y progresiva  <b>FORMA DE COMIENZO</b> Los síntomas y signos muestran una “marcha” ascendente: primero distal y luego con afección agregada cada vez más proximal también y simétrica  <b>Variante: SENSORIAL, AGUDA.</b> <b>Inicio:</b> Relativamente rápido. <b>Síntomas neurológicos:</b> Dolor quemante intenso, ardor  <b>Variante: CRÓNICA, SENSORI-MOTORA.</b> <b>Inicio:</b> Gradual, insidioso <b>Síntomas neurológicos:</b> Dolor quemante, parestesias, entumecimiento	<b>EXPLORACION NEUROLOGICA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Evaluación motora</b>            Puede encontrarse un examen motor normal y ocasionalmente discreta disminución del reflejo aquileo.</li> <li>• <b>Evaluación sensitiva</b>            Valorar los hallazgos de los territorios de distribución sensorial sobre la piel (anterior y posterior). Para valorarlo se utilizan instrumentos sencillos           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Una torunda de algodón seca: fibras <math>\alpha\beta</math>, tacto</li> <li>○ Un palillo de dientes de madera: fibras <math>\alpha\delta</math>, dolor, fino</li> <li>○ Un objeto frío y otro caliente: frío-fibras <math>\alpha\delta</math> y calor-fibras C</li> <li>○ Diapasón de 128 Hz: fibras <math>\alpha\beta</math>, vibración</li> </ul> </li> <li>• Se observa dolor o alteraciones en la sensibilidad, distales y simétricos, de predominio en miembros inferiores (pies), particularmente cuando éstos muestran una localización ascendente.</li> </ul>	<b>EMG-ENG:</b> <b>Polineuropatía diabética sensitiva distal:</b> Hallazgos de una polineuropatía axonal con disminución de la amplitud de los potenciales sensitivos y mixtos, y una moderada desmielinización expresada por el alargamiento de las latencias distales y una ligera disminución de las VC  <b>LCR</b> Proteíorraquia  <b>GLUCOSA EN AYUNO</b> <b>ORINA:</b> glucosa, proteína  <b>CREATININA:</b> descartar origen renal de la neuropatía  <b>TIAMINA:</b> descartar o confirmar su deficiencia  <b>PLOMO Y OTROS METALES PESADOS:</b> toxicidad  <b>VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR:</b> condición inflamatoria y síndrome paraneoplásico  <b>CITOMETRÍA HEMÁTICA:</b> descartar deficiencias de ácido fólico y/o vitamina B12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conservar la glucemia lo más cerca de los límites normales.</li> <li>• Control metabólico estricto</li> <li>• Mejoría del estilo de vida</li> <li>• Controlar comorbilidades</li> <li>• Corticoides (choque de metilprednisolona i.v.) o Ig i.v. así como antiinflamatorios y analgésicos</li> </ul> <b>PARESIAS</b> Amitriptilina o alguno de los antidepresivos de las generaciones nuevas  <b>DOLOR FULGURANTE Y TRANSFICTIVO</b> Antiepilépticos

#### PREDOMINIO DE LOS SINTOMAS

Es un síndrome predominantemente sensitivo, generalizado e indefinido

- **Polineuropatía diabética sensitiva distal:** Parestesias distales «en guantes y calcetines», que suelen ser muy dolorosas y quemantes, sobre todo por la noche en la cama y a menudo con síndrome de piernas inquietas
- **Neuropatía vegetativa:** la disautonomía se manifiesta por mareos debidos a hipotensión ortostática, sudoración en pies y manos y crisis de sudoración excesiva en el tronco y en la cara, sobre todo después de comer, disfunción eréctil o eyaculación retrógrada, gastroparesia, crisis de salivación, alteraciones pupilares y bullas cutáneas
- **Amiotrofia diabética (síndrome de Bruns-Garland):** debilidad de los músculos pelvianos y femorales, mal estado general, anorexia y pérdida de peso, amiotrofia de los cuádriceps y otros músculos pelvianos

#### SINTOMAS ASOCIADOS

Intensos dolores distales en las piernas, gran pérdida de peso (caquexia diabética neuropática) y depresión

- Se puede despertar dolor con un estímulo poco nocivo (hiperalgesia, alodinia)
- Disminución de la sensibilidad vibratoria

#### Evaluación autonómica

- Hipotensión ortostática
- Trastornos tróficos cutáneos
- Impotencia en el varón
- Diarreas nocturnas
- Falta de sudoración

#### Polineuropatía diabética sensitiva distal:

- Desaparecen los reflejos aquilianos y a veces también los rotulianos
- La hipoestesia se circunscribe a las zonas distales de los nervios pélvicos, pero en casos graves abarca las manos, y en la deficiencia sensitiva puede afectar incluso la cara anterior del tronco
- Desaparición de las sensaciones profundas

#### Amiotrofia diabética (síndrome de Bruns-Garland):

- Alteración de reflejo rotuliano y trastornos sensitivos de moderada intensidad

<b>POLINEUROPATÍA PARANEOPLÁSICA</b>	<p>Se refiere al daño nervioso en el cáncer. Se acepta en general que una reacción inmune al cáncer causa daño circunstancial a los nervios</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La forma más característica es la neuropatía sensitiva subaguda (NSS)</li> <li>• El anticuerpo que se detecta de forma más frecuente es el anti-Hu.</li> </ul>	<p>El carcinoma pulmonar explica, en promedio, la mitad de los casos de polineuropatía paraneoplásica sensitivomotora, y 75% de enfermos con neuropatía sensitiva pura; a pesar de ello, las neuropatías en cuestión pueden vincularse con neoplasias de todos los tipos.</p>	<p><b>ANTECEDENTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes de neoplasias</li> <li>• Tabaquismo</li> <li>• Edad de presentación</li> <li>• Enfermedades previas</li> </ul> <p><b>EVOLUCION CRONOLOGICA</b> El cuadro tiene inicio agudo o subagudo y progresion rapida</p> <p><b>FORMA DE COMIENZO</b> Asumen la forma de una polineuropatia predominantemente distal, sensitiva simétrica o sensitivomotora. Manifestado por dolor y parestesias, perdida sensitiva inicialmente asimetrica generalmente en miembros superiores</p> <p><b>PREDOMINIO DE LOS SINTOMAS</b> La debilidad y la atrofia, la ataxia y la hipoestesia de extremidades pueden evolucionar en el curso de semanas o meses</p> <p><b>SINTOMAS ASOCIADOS</b> Dolor, disestesias y parestesias, que progresan proximalmente, y con frecuencia afecta más a las extremidades superiores que a las inferiores</p>	<p><b>EXPLORACION NEUROLOGICA</b> <b>Evaluacion motora</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Algunos reflejos pueden estar abolidos mientras que otros son normales.</li> <li>• Hipo o arreflexia</li> </ul> <p><b>Evaluacion sensitiva</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La sensibilidad vibratoria y posicional suele estar más afectada.</li> <li>• Existe perdida de propiocepcion y nocicepcion</li> <li>• Existe perdida de todas las modalidades de sensacion incluyendo fibras delgadas</li> </ul>	<p><b>LCR:</b> Hiperproteinorraquia y pleocitosis mononuclear o linfocitica</p> <p><b>ANTICUERPO ANTI-HU:</b> Títulos altos del anticuerpo neuronal antinuclear</p> <p><b>BÚSQUEDA PARA CARCINOMA, LINFOMA O MIELOMA SOLITARIO:</b> estudio esquelético, ultrasonografía pélvica, escanografía de abdomen y tórax, mamografía.</p> <p><b>CREATININA:</b> descartar origen renal de la neuropatía</p> <p><b>TIAMINA:</b> descartar o confirmar su deficiencia</p> <p><b>PLOMO Y OTROS METALES PESADOS:</b> toxicidad</p> <p><b>VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR:</b> condición inflamatoria y síndrome paraneoplásico</p> <p><b>CITOMETRÍA HEMÁTICA:</b> descartar deficiencias de ácido fólico y/o vitamina B12</p>	<p>Tratar efectivamente el tumor. Se basa en radioterapia local asociada a quimioterapia y analgesia intensiva</p> <p>Tienen efecto mínimo tratamientos como la plasmaféresis, la globulina y los inmunosupresores</p>
<b>POLINEUROPATIA ALCOHOLICA</b>	<p>Está relacionada principalmente con un efecto tóxico del etanol, pero agravada si existe un déficit vitamínico asociado.</p>	<p>77% de los pacientes con polineuropatía no presenta déficit de vitamina B</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se presenta entre 25 y 66% de los casos definidos como alcohólicos crónicos</li> <li>• Con más frecuencia entre los 40 y 60 años</li> <li>• Mayor en hombres</li> </ul>	<p><b>HISTORIA FAMILIAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo prolongado de alcohol</li> <li>• Dieta desequilibrada</li> <li>• Desnutricion</li> <li>• Edad de presentación</li> <li>• Enfermedades previas</li> </ul>	<p><b>EXPLORACION NEUROLOGICA</b> <b>Evaluacion motora</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hiporreflexia osteotendinosa, rotuliana o aquílea.</li> <li>• Disminucion del reflejo de estiramiento, especialmente</li> </ul>	<p><b>EEM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Velocidad de conducción motora o sensitiva disminuida</li> <li>• Gran reducción de la amplitud de los potenciales de acción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El mejor tratamiento es la abstinencia alcohólica complementada con complejos vitamínicos B</li> <li>• La administración de antidepresivos tricíclicos a dosis bajas, mexiletine o gabapentina</li> </ul>

				<p><b>EVOLUCION CRONOLOGICA</b> El cuadro tiene inicio subagudo o cronica</p> <p><b>FORMA DE COMIENZO</b> Las manifestaciones clínicas suelen iniciarse de forma solapada y progresar de manera gradual. Es simétrico, bilateral y de predominio distal.</p> <p><b>PREDOMINIO DE LOS SINTOMAS</b> Pérdida de fuerza muscular distal, parestesias y dolor en ambas extremidades inferiores. Los dolores pueden ser de carácter punzante, lancinante o urente y se ubican fundamentalmente en las plantas de los pies</p> <p><b>SINTOMAS ASOCIADOS</b> Dificultad en la marcha y, con menos frecuencia, dolores lancinantes en las extremidades. Pueden estar afectadas también las extremidades superiores e incluso, en casos raros, se comprueba una alteración de los pares craneales.</p>	<p>del tríceps sural, debilidad de tobillo para efectuar la dorsiflexión y/o la flexión plantar, al igual que disminución de fuerza en la flexión y extensión de dedos de los pies</p> <p><b>Evaluación sensitiva</b> Alteración de las sensibilidades superficial y profunda</p> <p>disminución de la sensación de vibración e hipoestesia en distribución en guante y/o calcetín</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fibrilación de las fibras musculares desnervadas.</li> </ul> <p><b>BIOPSIA DE NERVIOS PERIFERICOS</b> Degeneración axonal de las fibras mielínicas y amielínicas, con pocos signos de regeneración nerviosa.</p> <p><b>CITOMETRÍA HEMÁTICA:</b> descartar deficiencias de ácido fólico y/o vitamina B12</p> <p><b>GLUCOSA:</b> descartar diabetes mellitus</p> <p><b>CREATININA:</b> descartar origen renal de la neuropatía</p> <p><b>TIAMINA:</b> descartar o confirmar su deficiencia</p> <p><b>PLOMO Y OTROS METALES PESADOS:</b> toxicidad</p> <p><b>VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR:</b> condición inflamatoria y síndrome paraneoplásico</p> <p><b>PRUEBA DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA:</b> virus VIH</p> <p><b>VDRL:</b> descartar sífilis</p>	<p>puede ayudar a aliviar las molestias sensitivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El manejo mediante psiquiatría y grupos de apoyo como Alcohólicos Anónimos resulta imprescindible</li> </ul>
--	--	--	--	--	--	--	---

## Bibliografía

- Rosas - Guzmán J, et al. *Guía práctica en el manejo de la polineuropatía diabética NEURALAD 2010*
- “*Diagnóstico, y tratamiento médico del dolor por neuropatía diabética en adultos en el primer nivel de atención*”, México: Secretaría de Salud, 2009
- Allan, H., & Robert, H. (2007). *Principios de neurología de Adams y Victor*. Londres: Mc Graw Hill.
- Amosa, M. et al. (2017). *Neurología*. México: CTO
- Rozman, C. et al. (2012). *Medicina interna*. Barcelona, España: Gea Consultoría Editorial, S.
- Zarranz, J. (2018). *Neurología*. España: Elsevier.