



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

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

POLINEUROPATÍA PARANEOPLÁSICA	<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"> La forma más característica es la neuronopatía sensitiva subaguda (NSS) El anticuerpo que se detecta de forma más frecuente es el anti-Hu. 	<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>ANTECEDENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> Antecedentes de neoplasias Tabaquismo Edad de presentación Enfermedades previas <p>EVOLUCION CRONOLOGICA</p> <p>El cuadro tiene inicio agudo o subagudo y progresion rapida</p> <p>FORMA DE COMIENZO</p> <p>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>PREDOMINIO DE LOS SINTOMAS</p> <p>La debilidad y la atrofia, la ataxia y la hipoestesia de extremidades pueden evolucionar en el curso de semanas o meses</p> <p>SINTOMAS ASOCIADOS</p> <p>Dolor, disestesias y parestesias, que progresan proximalmente, y con frecuencia afecta más a las extremidades superiores que a las inferiores</p>	<p>EXPLORACION NEUROLOGICA</p> <p>Evaluacion motora</p> <ul style="list-style-type: none"> Algunos reflejos pueden estar abolidos mientras que otros son normales. Hipo o arreflexia <p>Evaluacion sensitiva</p> <ul style="list-style-type: none"> La sensibilidad vibratoria y posicional suele estar más afectada. Existe perdida de propiocepcion y nocicepcion Existe perdida de todas las modalidades de sensacion incluyendo fibras delgadas 	<p>LCR:</p> <p>Hiperproteinorraquia y pleocitosis mononuclear o linfocitica</p> <p>ANTICUERPO ANTI-HU:</p> <p>Títulos altos del anticuerpo neuronal antinuclear</p> <p>BÚSQUEDA PARA CARCINOMA, LINFOMA O MIELOMA SOLITARIO: estudio esquelético, ultrasonografía pélvica, escanografía de abdomen y tórax, mamografía.</p> <p>CREATININA: descartar origen renal de la neuropatía</p> <p>TIAMINA: descartar o confirmar su deficiencia</p> <p>PLOMO Y OTROS METALES PESADOS: toxicidad</p> <p>VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR: condición inflamatoria y síndrome paraneoplásico</p> <p>CITOMETRÍA HEMÁTICA: 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>
POLINEUROPATIA ALCOHOLICA	<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"> Se presenta entre 25 y 66% de los casos definidos como alcohólicos crónicos Con más frecuencia entre los 40 y 60 años Mayor en hombres 	<p>HISTORIA FAMILIAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Consumo prolongado de alcohol Dieta desequilibrada Desnutricion Edad de presentación Enfermedades previas 	<p>EXPLORACION NEUROLOGICA</p> <p>Evaluacion motora</p> <ul style="list-style-type: none"> Hiporreflexia osteotendinosa, rotuliana o aquílea. Disminucion del reflejo de estiramiento, especialmente 	<p>EEM</p> <ul style="list-style-type: none"> Velocidad de conducción motora o sensitiva disminuida Gran reducción de la amplitud de los potenciales de acción 	<ul style="list-style-type: none"> El mejor tratamiento es la abstinencia alcohólica complementada con complejos vitamínicos B La administración de antidepresivos tricíclicos a dosis bajas, mexiletine o gabapentina

				<p>EVOLUCION CRONOLOGICA El cuadro tiene inicio subagudo o cronica</p> <p>FORMA DE COMIENZO Las manifestaciones clínicas suelen iniciarse de forma solapada y progresar de manera gradual. Es simétrico, bilateral y de predominio distal.</p> <p>PREDOMINIO DE LOS SINTOMAS 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>SINTOMAS ASOCIADOS 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>Evaluación sensitiva 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"> Fibrilación de las fibras musculares desnervadas. <p>BIOPSIA DE NERVIOS PERIFERICOS Degeneración axonal de las fibras mielínicas y amielínicas, con pocos signos de regeneración nerviosa.</p> <p>CITOMETRÍA HEMÁTICA: descartar deficiencias de ácido fólico y/o vitamina B12</p> <p>GLUCOSA: descartar diabetes mellitus</p> <p>CREATININA: descartar origen renal de la neuropatía</p> <p>TIAMINA: descartar o confirmar su deficiencia</p> <p>PLOMO Y OTROS METALES PESADOS: toxicidad</p> <p>VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR: condición inflamatoria y síndrome paraneoplásico</p> <p>PRUEBA DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA: virus VIH</p> <p>VDRL: descartar sífilis</p>	<p>puede ayudar a aliviar las molestias sensitivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> El manejo mediante psiquiatría y grupos de apoyo como Alcohólicos Anónimos resulta imprescindible
--	--	--	--	--	--	--	---

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.