

# UNIVERSIDAD DEL SURESTE

## Escuela de medicina

Materia:

Medicina física y de rehabilitación

Trabajo:

Control de lectura 2.4

Catedrático:

Dr. Sergio Jiménez Ruiz

Presenta:

Juan Pablo Sánchez Abarca

Semestre y grupo:

5°B

Comitán de Domínguez, Chiapas  
06 de octubre de 2021

Afección a los plexos y de los nervios periféricos (2)

- **Polineuropatía sensitiva y sensitivo motor distal simétrica diabética.**

Es la forma más frecuente de neuropatía diabética. Se manifiesta por pérdida sensitiva que comienza en los dedos de los pies y avanza de forma gradual a las piernas, y en dedos de las manos y brazos. Cuando es grave el paciente pierde sensibilidad en el tronco, que inicia en la línea media anterior y luego a los lados. También puede haber hormigueo, ardor y dolorimiento profundo.

- **Neuropatía autónoma diabética.**

Se manifiesta como disfunción de la termorregulación, sequedad en los ojos y boca, anomalías pupilares, arritmias cardíacas, hipotensión postural, alteración gastrointestinales y disfunción genitourinaria.

> **Hipotiroidismo**

Lo más frecuente es que se acompañe de una miopatía proximal, pero algunos sujetos desarrollan una neuropatía, casi siempre la del túnel del Carpo.

> **Síndrome de Sjögren**

Se caracteriza por el completo sequedad de los ojos, boca y otras mucosas y pueden complicarse por neuropatía. También es posible que haya neuropatía pura de fibras pequeñas o una neuropatía craneal sobre todo del nervio trigémino.

### > Artritis reumatoide

Existe neuropatía periférica al menos en el 50% de los pacientes y puede ser origen de reumatoide. La neuropatía vasculítica puede manifestarse como mononeuropatía múltiple, con tipo de afectación simétrica generalizada.

### > Lupus eritematoso sistémico

Entre 20% y 27% de los sujetos con lupus desarrolla neuropatía periférica. Por lo general, experimentan pérdida sensitiva de progresión lenta que comienza en los pies. Algunos pacientes informan dolor ardoso y parestesias, con reflejos normales; los estudios de conducción nerviosa sugieren neuropatía pura de fibras pequeñas.

### > Esclerosis sistémica (Esclerodermia)

La polineuropatía simétrica distal de predominio sensitivo complica 5 a 67% de los casos de esclerodermia. También puede haber mononeuropatías craneales, sobre todo del nervio trigémino, lo que causa entumecimiento y disestesias faciales.

### > Enfermedad mixta del tejido conjuntivo

Cerca de 10% de los pacientes con esta enfermedad experimenta polineuropatía sensorio-motora axónica distal.

### > Sarcoidosis

En casi solo de los pacientes con sarcoidosis hay afectación de los sistemas nerviosos periféricos y central. El nervio cranial que se altera con mayor frecuencia es el VII par, incluso con daño bilateral. Algunos pacientes desarrollan radiculopatía o polirradiculopatía. Cuando existe daño radicular generalizado, el cuadro clínico se parece al GBS o CIDP. También es factible que haya mononeuropatías múltiples o polineuropatía generalizada de progresión lenta sensitiva, más que motora.

### > Síndrome hipereosinofílico

Este se caracteriza por eosinofilia relacionada con anomalías cutáneas, cardíacas, hematológicas y neurológicas. En 6% a 14% de los pacientes hay neuropatía periférica generalizada o mononeuropatía múltiple.

### > Enfermedad celíaca

Se calcula que en 10% de los pacientes con enfermedad celíaca hay complicaciones neurológicas, sobre todo ataxia y neuropatía periférica. Hay informes de polineuropatía sensitivo motora generalizada, neuropatía motora pura, mononeuropatías múltiples, neuropatía autónoma, neuropatía de fibras pequeñas y neuromiotonía en relación a la enfermedad con presencia de anticuerpos contra gliadina o endomisio.

### > Enfermedad intestinal inflamatoria

La colitis ulcerativa y la enfermedad de Crohn pueden complicarse por GBS, CIDP, polineuropatía sensitiva o sensitivomotora axónica generalizada, neuropatía de fibras pequeñas o mononeuropatía. Estas neuropatías pueden ser autoinmunitarias nutricionales, farmacológicas o idiopáticas.

### > Neuropatía urémica

Cerca del 60% de los pacientes con insuficiencia renal desarrolla una polineuropatía caracterizada por entumecimiento, hormigueo, alodinia y debilidad distal leve dependientes de la longitud. En muy pocos casos puede haber debilidad de progresión rápida y pérdida sensitiva muy similar a la del GBS, que mejora con el incremento en la intensidad de la diálisis renal o con trasplante.

### > Hepatopatía crónica

En los enfermos con insuficiencia hepática crónica aparece una neuropatía sensitivomotora generalizada, manifestada por entumecimiento, hormigueo y debilidad motora sobre todo en las partes distales de las extremidades inferiores. Los estudios EDx son congruentes con una axonopatía sensitiva, más que motora. La biopsia del nervio sural revela desmielinización segmentaria y pérdida axónica.

**Referencia:**

- Kasper., D. (2019). HARRISON PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA (19.a ed., Vol. 2) [Libro electrónico]. La Leo.