

PDIC Y POLINEUROPATÍA DIABÉTICA

INTEGRANTES

- Adriana Itzel Gallegos Gómez
- Marvin López Roblero

6to "B".

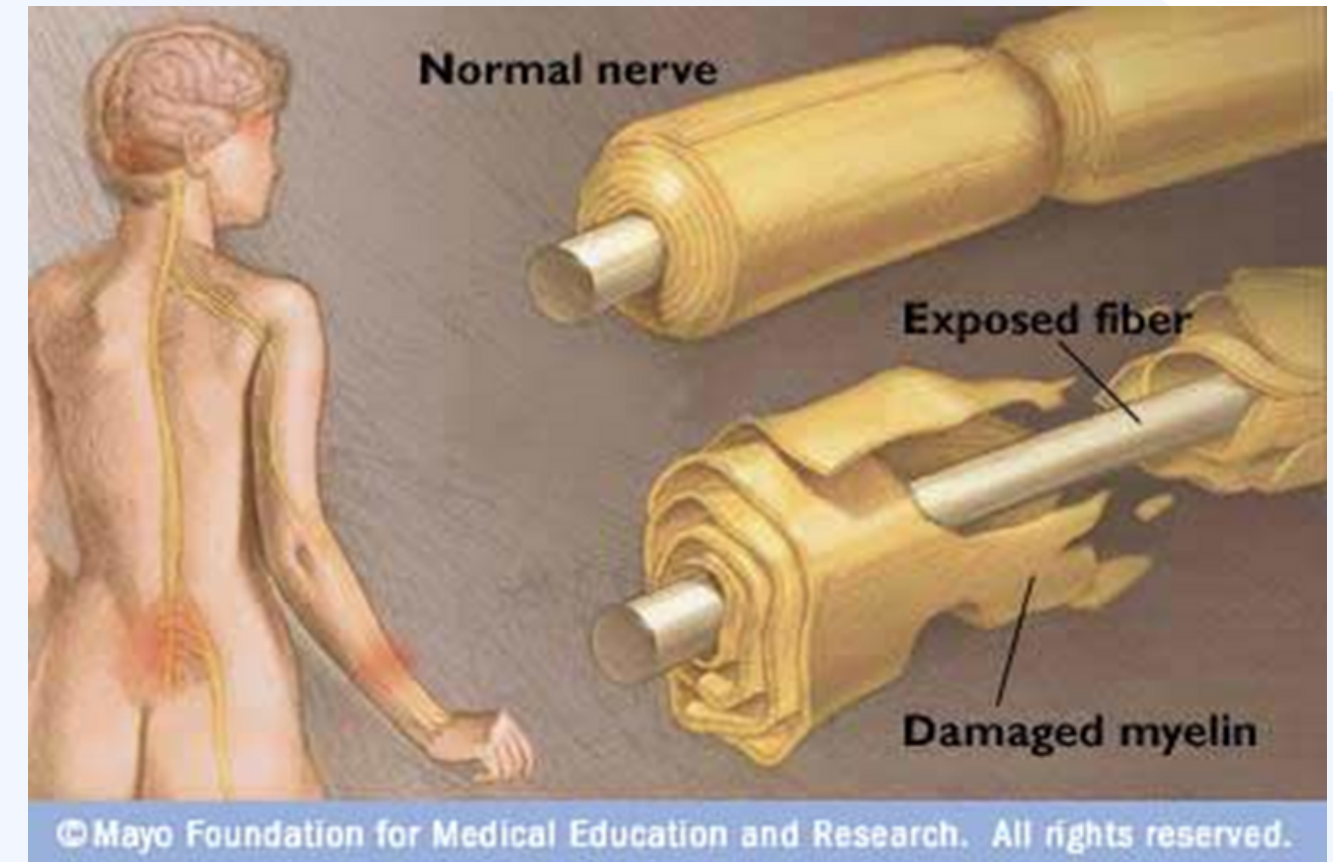
NEUROLOGÍA

Comitán de Domínguez, Chiapas., mayo - 2025

PDIC

La PDIC se caracteriza por debilidad proximal y distal de las extremidades acompañada de parestesias, simultánea, progresiva y simétrica con inestabilidad de la marcha.

Evolucion mayor a 8 semanas



La polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica es infrecuente, heterogénea, pero susceptible de tratamiento

Es la causa mas comun de las neuropatías autoinmunes crónicas



No se han identificado factores predisponentes específicos de PDIC; 50% de los pacientes padece diabetes mellitus o intolerancia a los hidratos de carbono (estados de prediabetes)



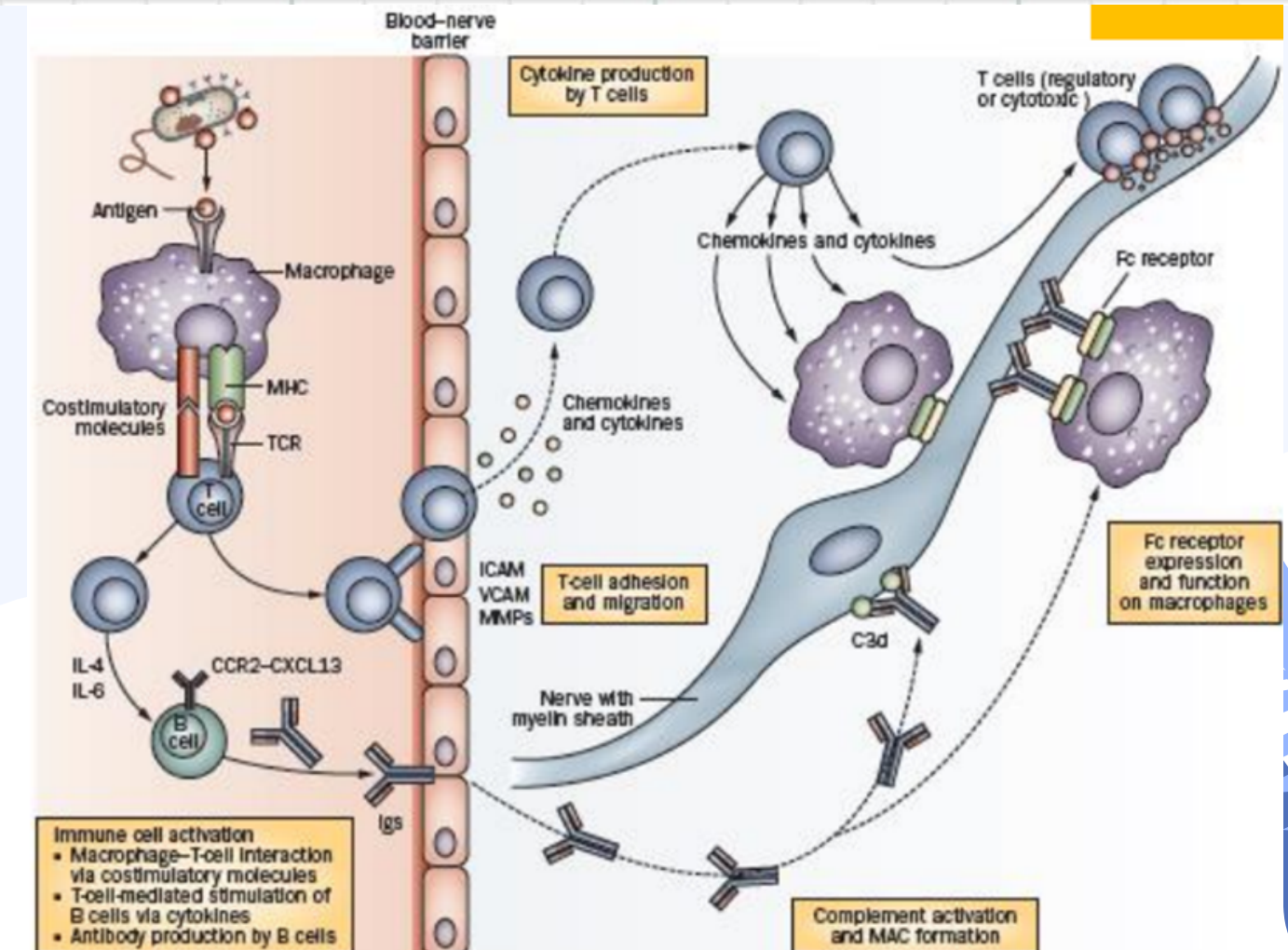
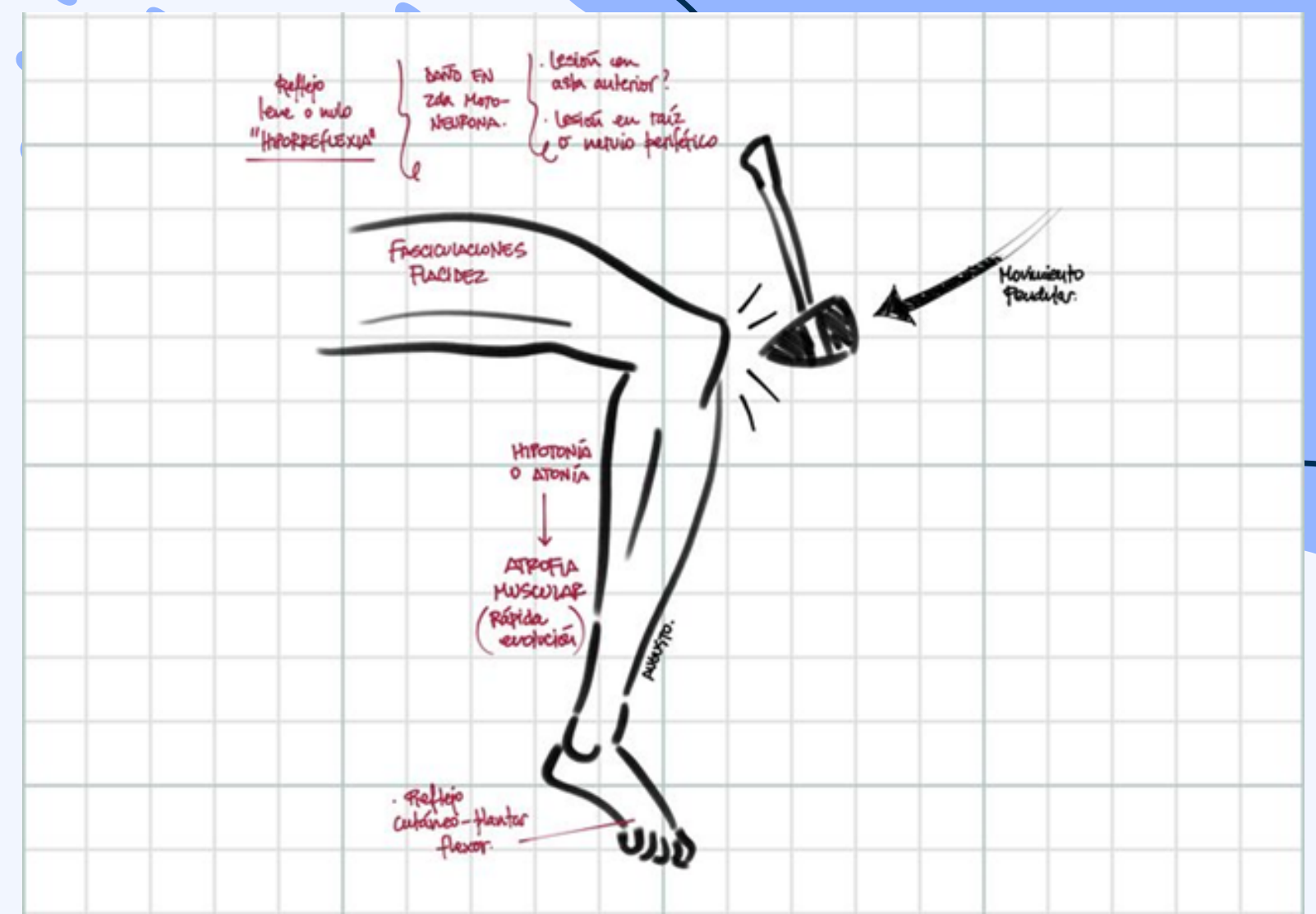
Esto puede pasar desapercibido por confundirse por una neuropatía diabética



La exploración física muestra hipo o arreflexia generalizada. La afección de nervios craneales es infrecuente

Su evolución clínica, habitualmente es en brote remisión

El mecanismo de lesión es inmunomediado



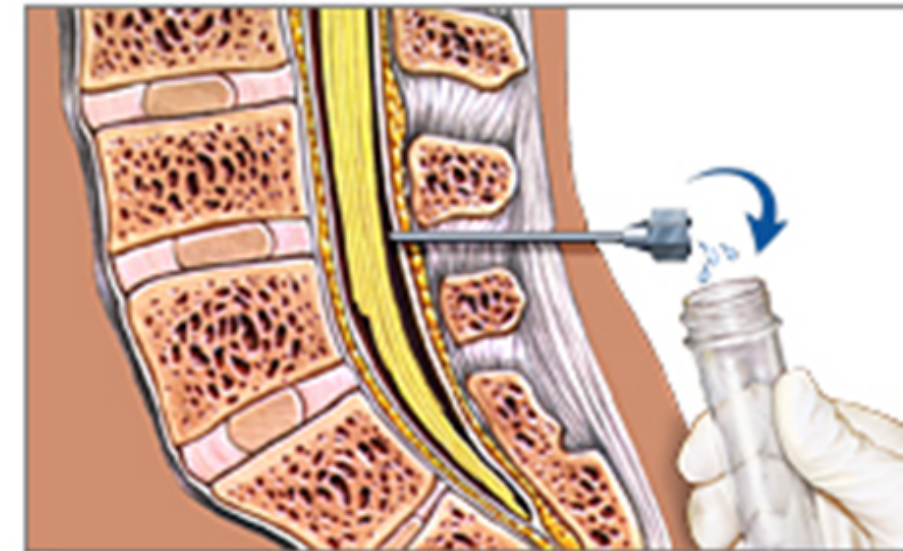
Punción lumbar

Ante la sospecha clínica de
PDIC

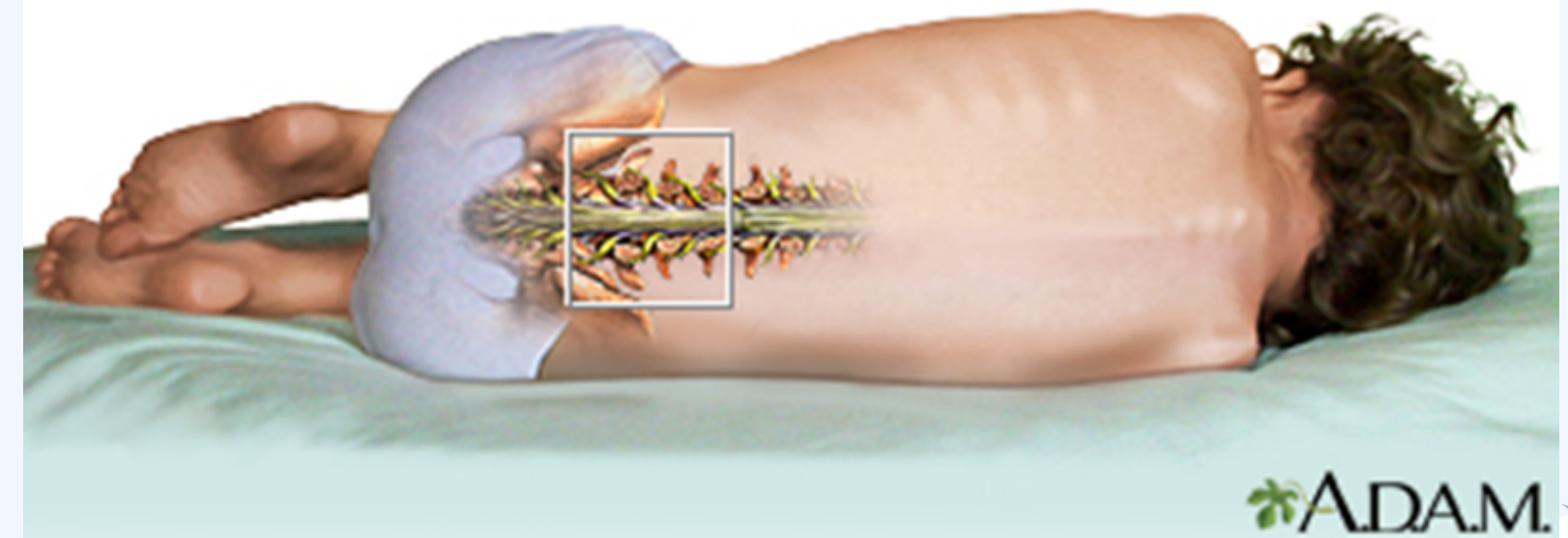
La hiperproteínorraquia se presenta entre
el 76 y 90% de los pacientes con un nivel de
proteínas mayor a 45 mg/dl

No debe observarse pleocitosis en el LCR, si se
observa, suele sugerir infección coexistente-
VIH

La disociación cito proteica es el dato mas
importante del análisis del LCR



Se extrae
líquido
cefalorraquídeo
para su análisis

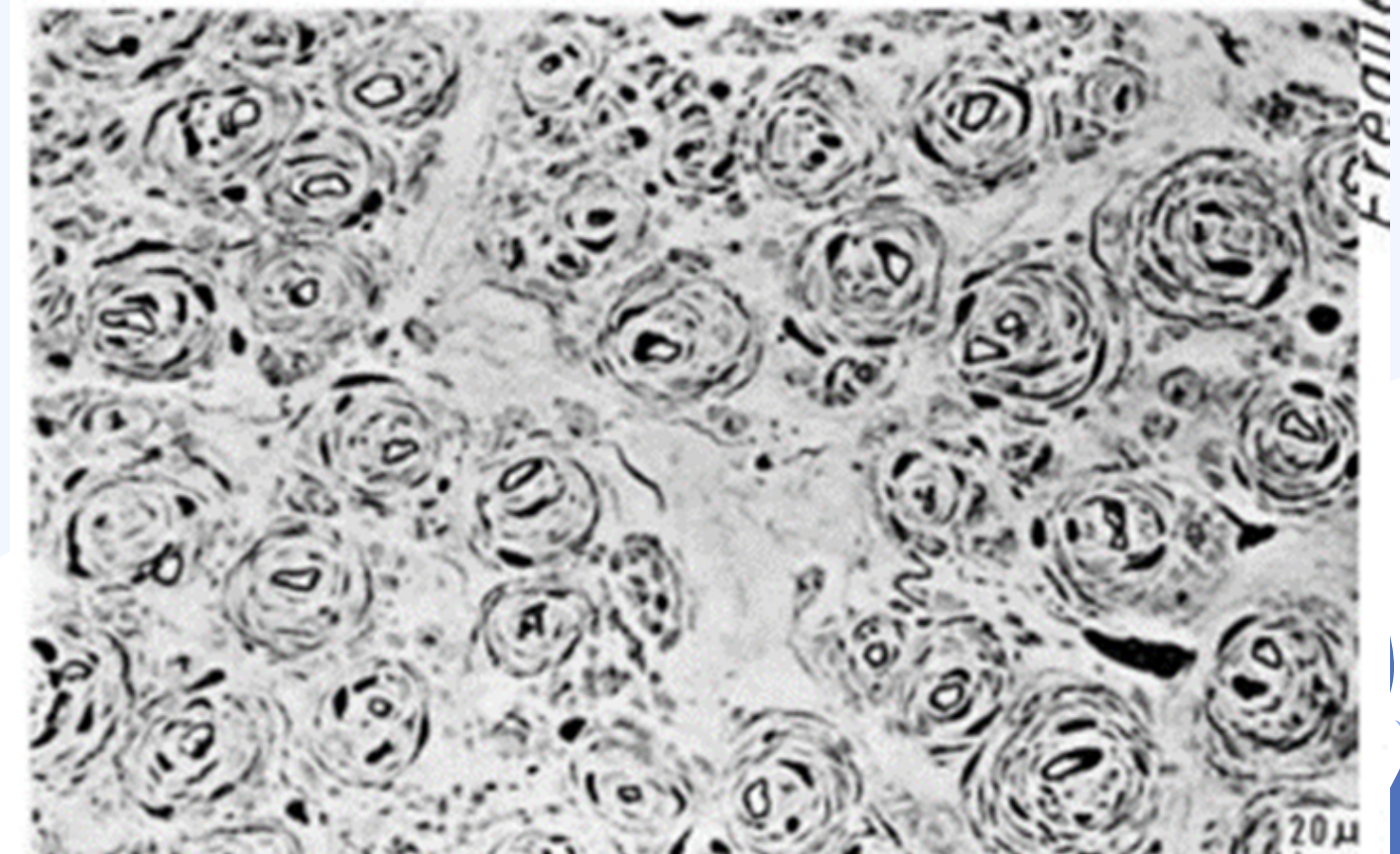
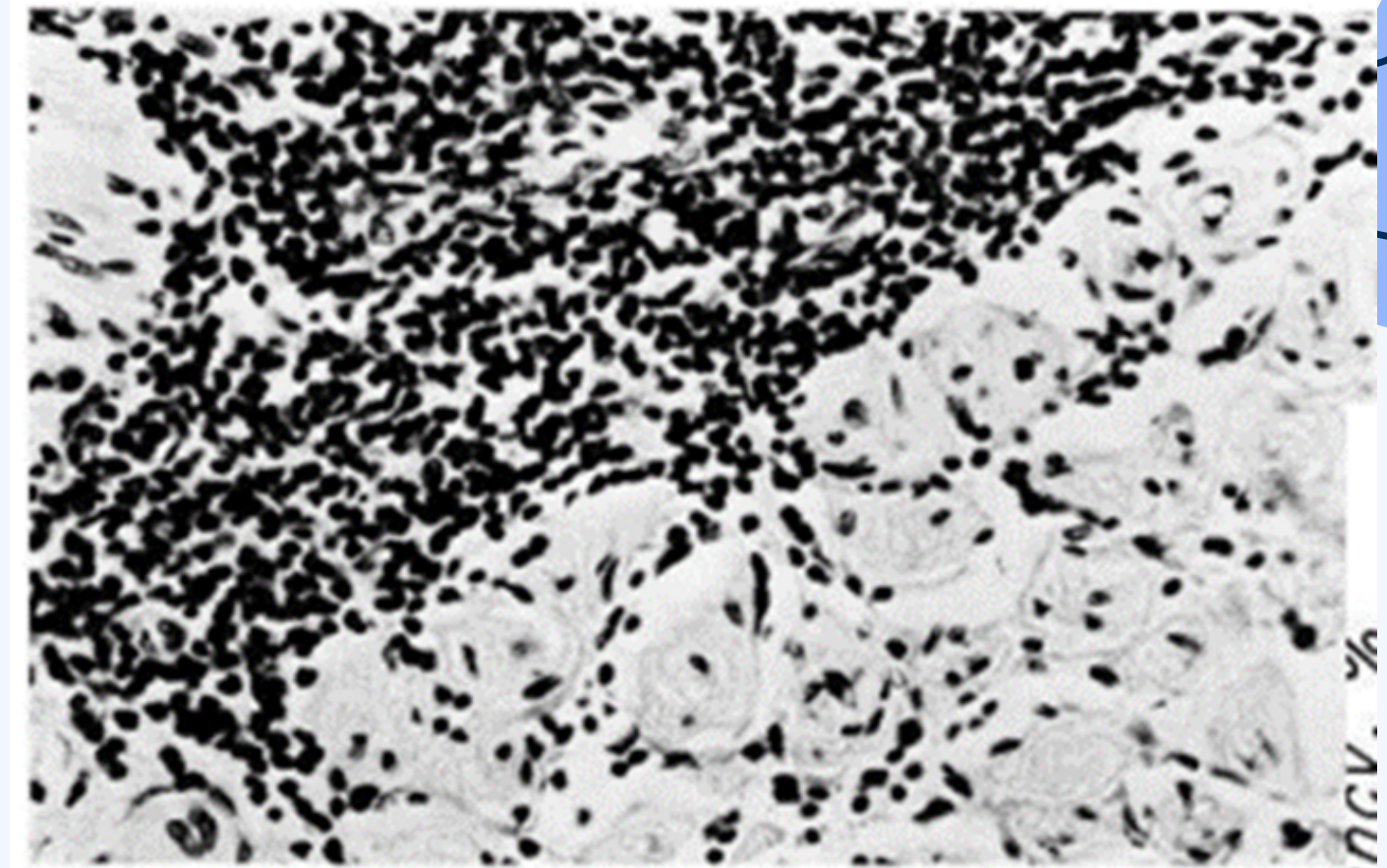


Practica de biopsia de nervio en pacientes con sospecha de PDIC

- cuando los resultados de otra pruebas son inconclusas
- Hallazgos histopatológicos inespecíficos
- Se prefiere la toma de biopsia del nervio sural
 - Se prefiere aquel que clínica y/o histopatológicamente este mas dañado

Hallazgos histopatologicos:

- Ø Reaccion inflamatoria asociada a macrófagos
- Ø Formación en bulbo de cebolla (desmielinizacion-remielinizacion)
- Ø Edema endoneural
- Ø Infiltración mononuclear en endoneuro

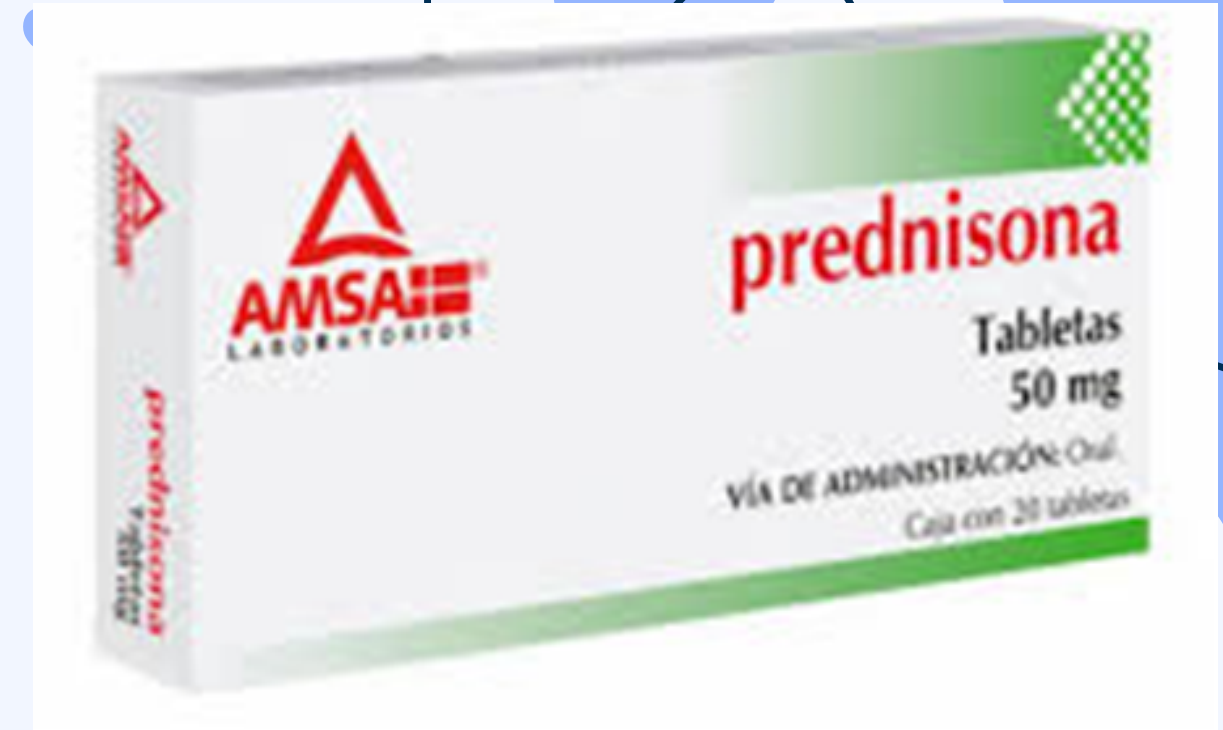


Tratamiento

Esteroides orales-Primera línea (prednisona)

Prednisona 60 mg diarios o en días alternos por un mes o hasta alcanzar una fase de estabilización de los síntomas

Posteriormente iniciar un esquema de reducción gradual de 10 mg mensuales hasta llegar a 5 mg diarios hasta completar 2 años de tratamiento



Esteroides intravenosos para el tratamiento de la PDIC

Primera línea
metilprednisolona para
pacientes con PDIC sensitivo-
motora.

1 g intravenoso por 3 a 5 días,
seguido de 1 g mensual por 6
meses



Neuropatía diabética periférica

Es la complicación sintomática mas frecuente en pacientes con DM.

Presente en 10% al diagnostico y 50% a 10 años de evolución de la enfermedad.

Principal factor de riesgo para el desarrollo de úlceras por lo tanto de amputaciones

Definición

Se define como el conjunto de síntomas o signos de disfunción del sistema nervioso periférico una vez excluidas otras causas

75% desarrolla polineuropatía distal simétrica o sensitivo motora crónica.

En la PDS se afectan 2 tipos de fibras:
Fibras gruesas-afectación mas frecuente-
que son las encargadas de transmitir la
sensibilidad vibratoria, propioceptiva, asi
como los reflejos osteotendinosos

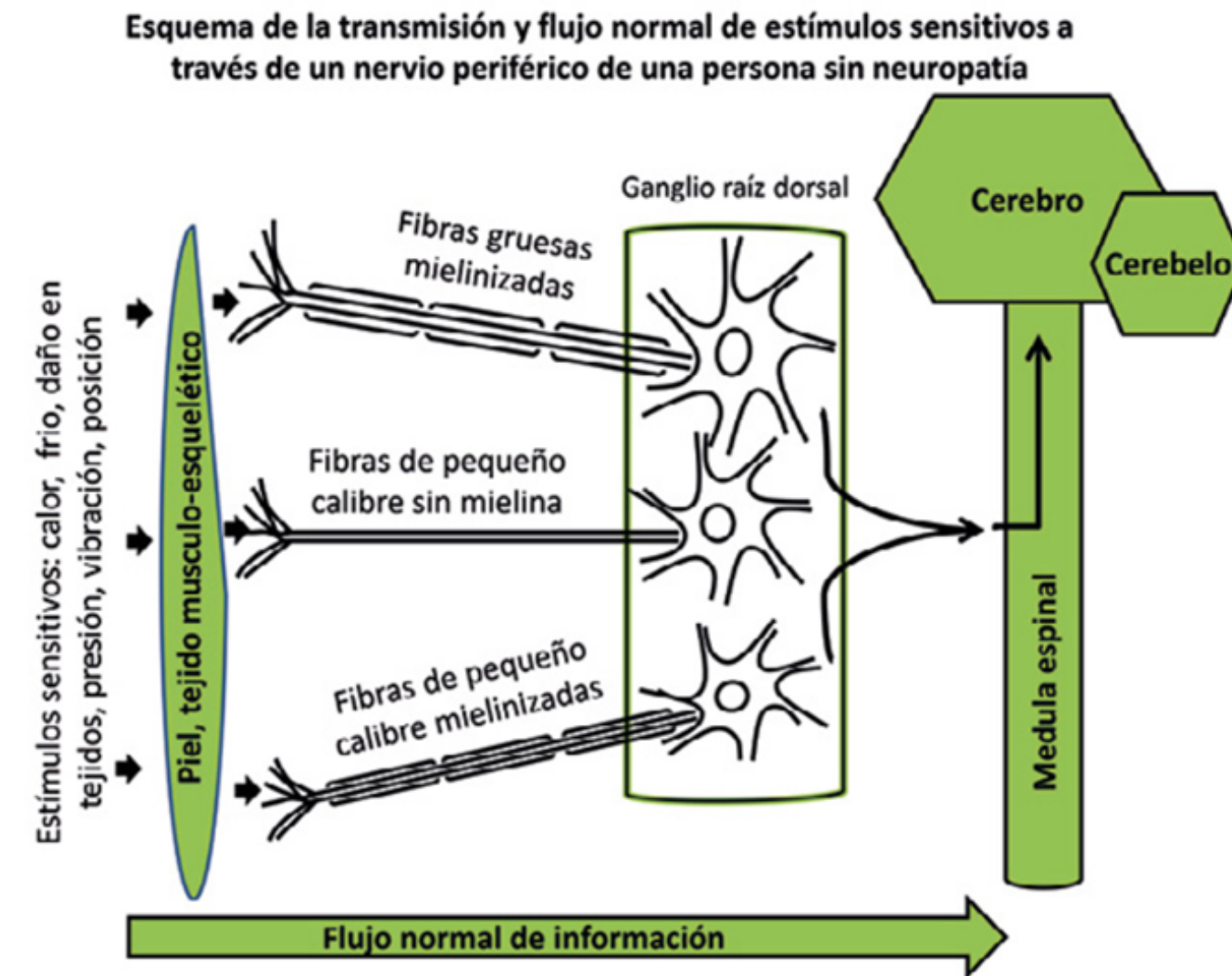
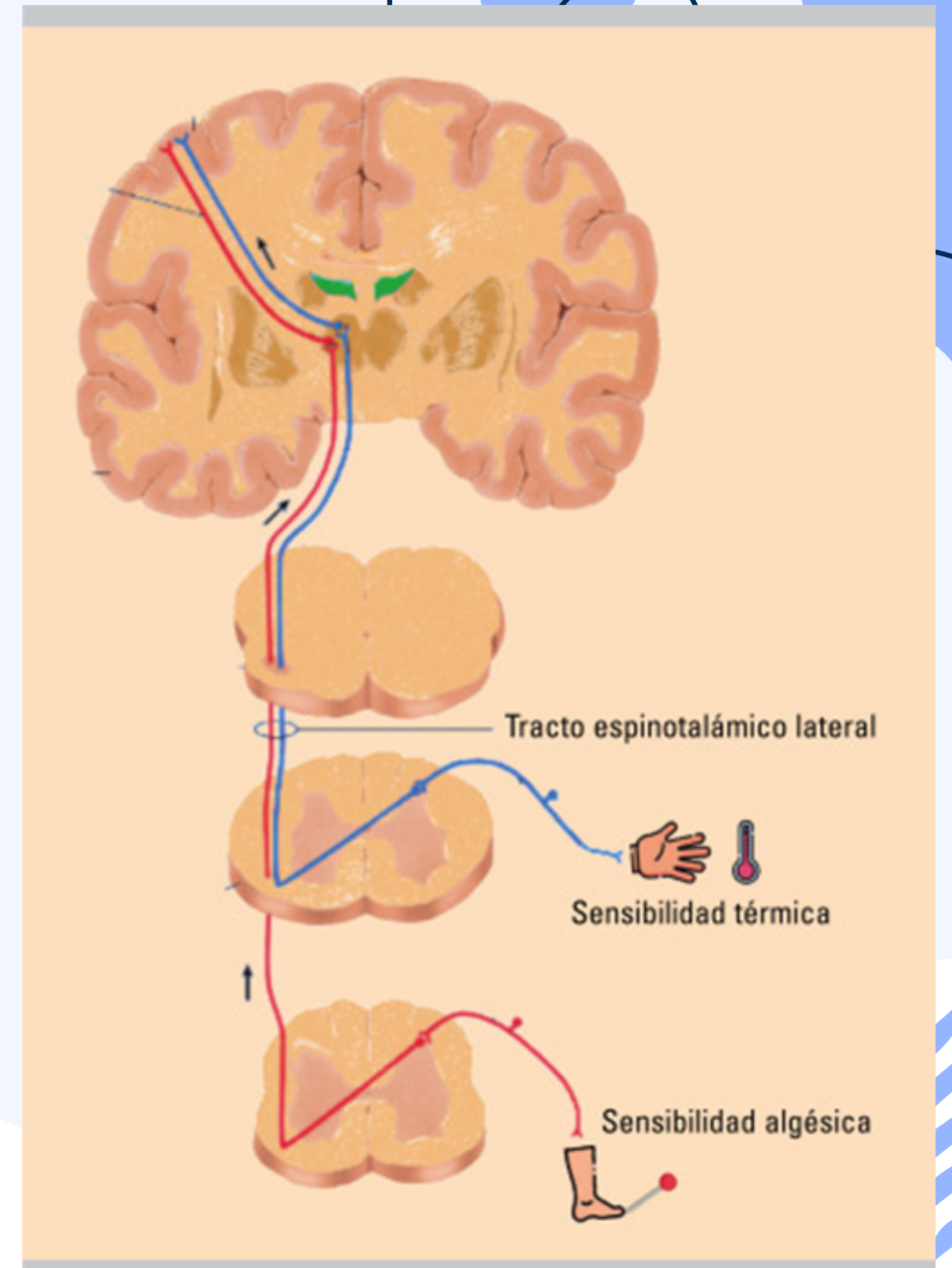


Figura 2. Esquema de la transmisión y flujo normal de estímulos sensitivos a través de un nervio periférico de una persona sin neuropatía

La afectación de las fibras sensitivas produce alteración de:

- Sensibilidad térmica
- Algesica
- Vibratoria
- Propioceptiva

Que suele pasar desapercibida por la pérdida del reflejo doloroso



La lesión de las fibras
autonómicas



Altera la regulación del
flujo sanguíneo



Disminuye la
sudoración

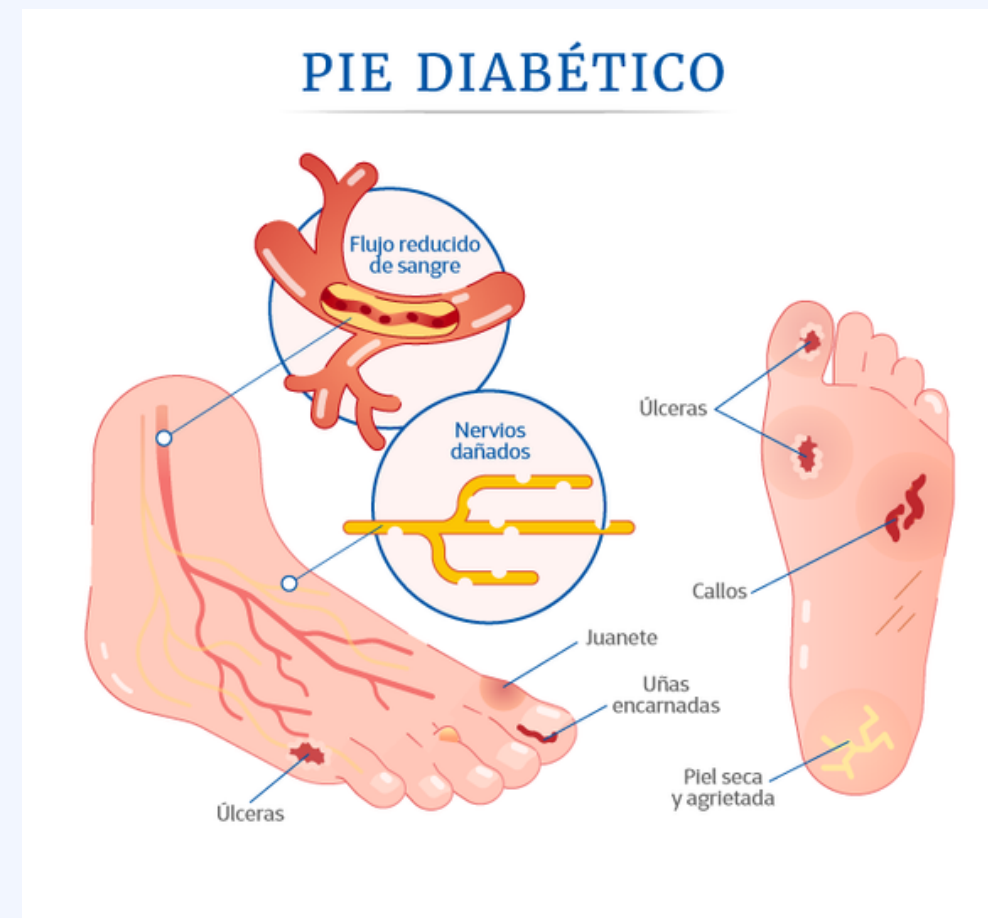


sequedad
en la piel



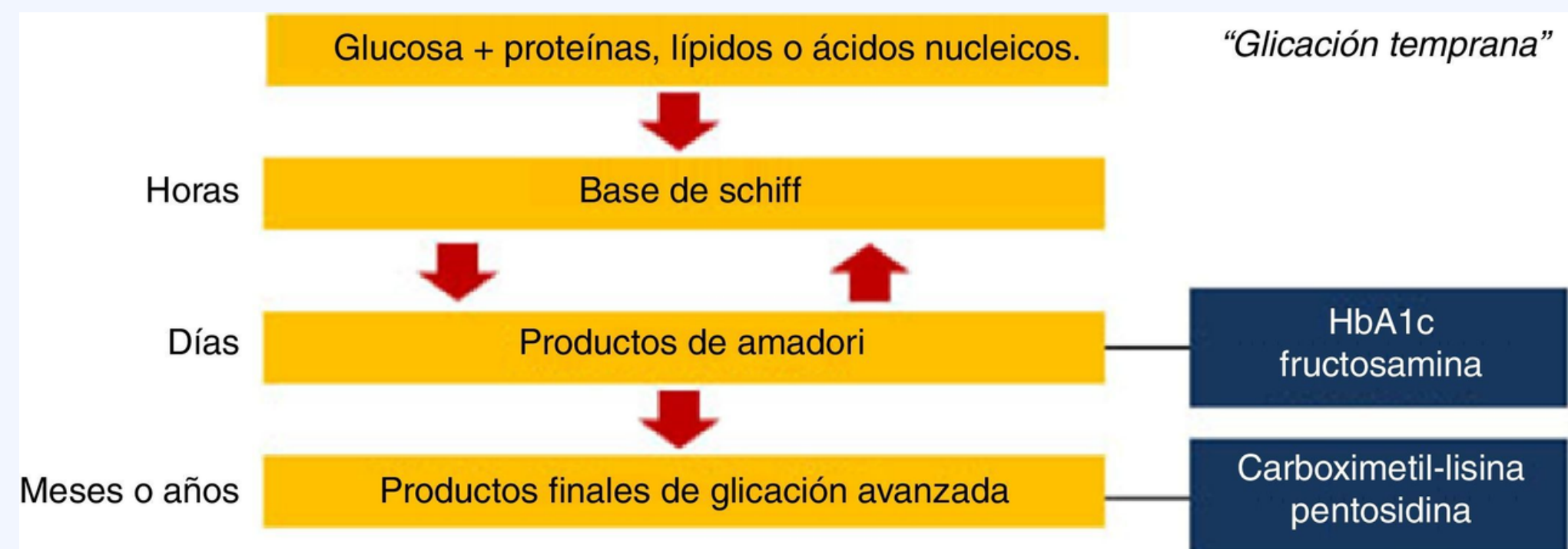
fisuras

Lesiones



hiperglucemia produce un aumento de productos finales de glucosilación avanzada que afectan al colágeno tisular

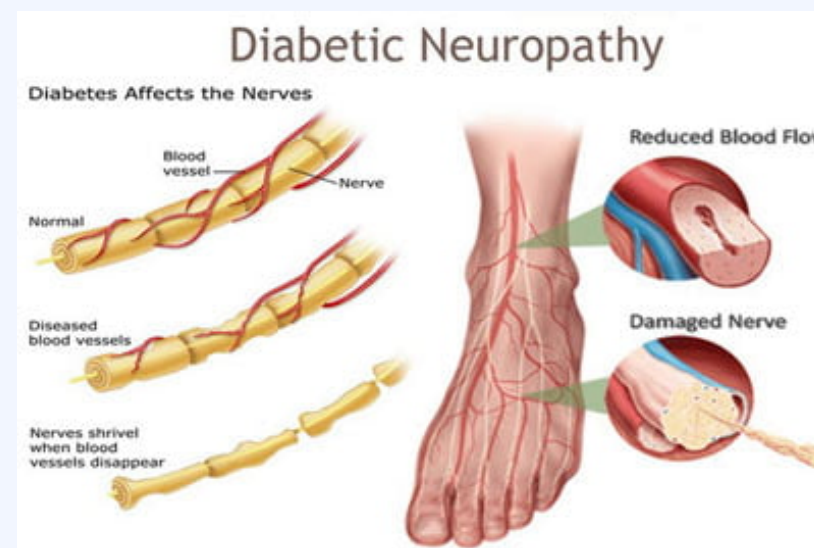
favorecen la aparición de lesiones microvasculares y se comportan como proinflamatorios incrementando la permeabilidad vascular



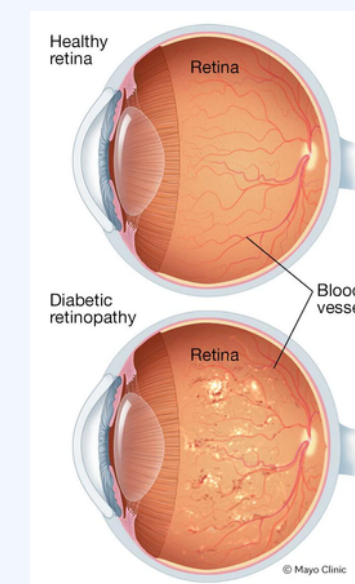
la metabolización del exceso de glucosa la convierte
parcialmente en sorbitol, que aumenta el estrés

oxidativo

nervios periféricos



retina

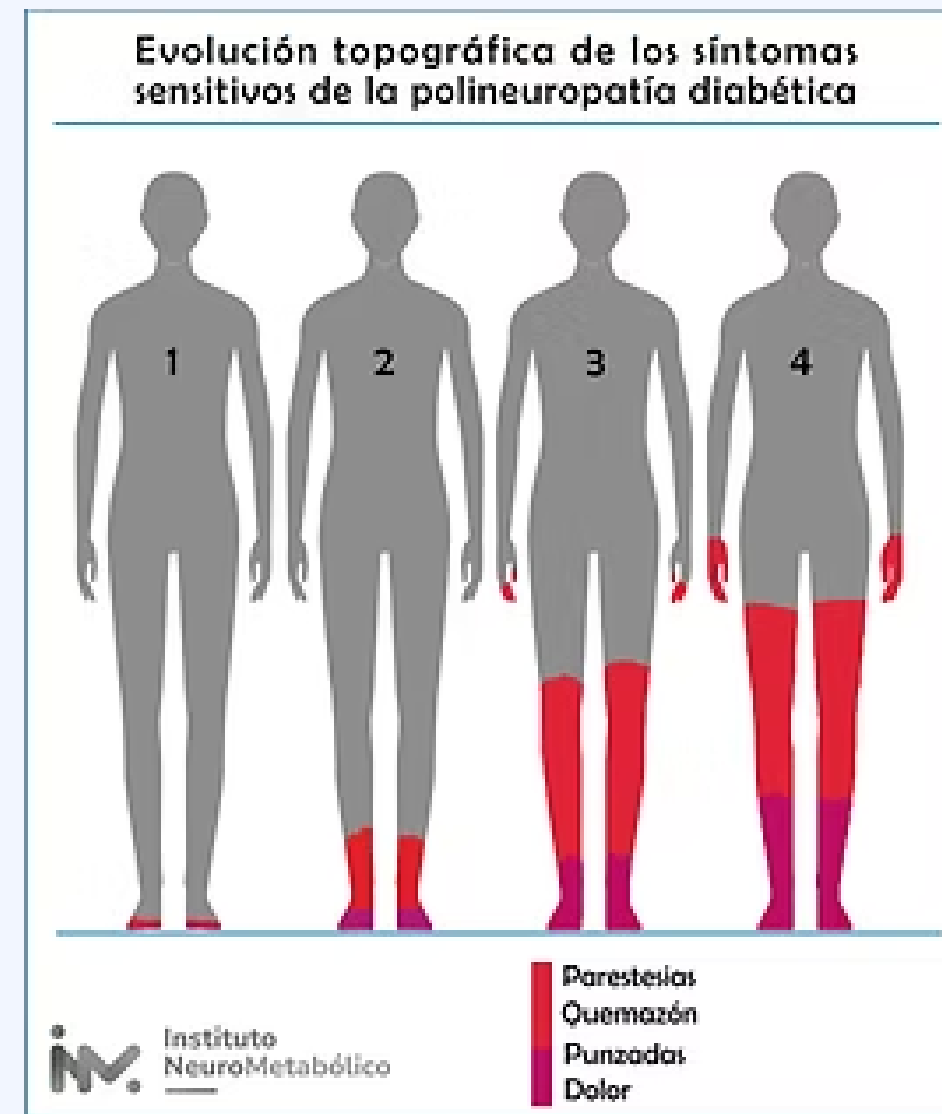


se conduce a isquemia e hipoxia de los mismos

Clínica

Afecta inicialmente a las extremidades inferiores en la parte más distal (pies) y va progresando

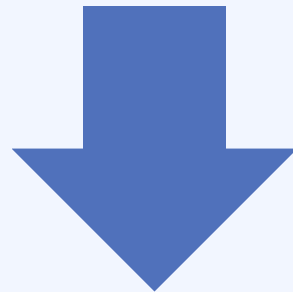
80 de los casos esta patologia es asintomatica



clasificación de síntomas sencitivos:

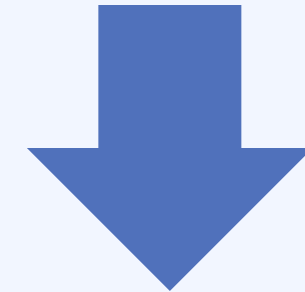
- **positivos y negativos**

síntomas «positivos»
(parestesias, disestesias,
hiperalgesia, alodinia y dolor
urente



se asocian a mayor riesgo de
desarrollar lesiones

los «negativos» (hipoestesia,
hipoalgesia y anestesia)

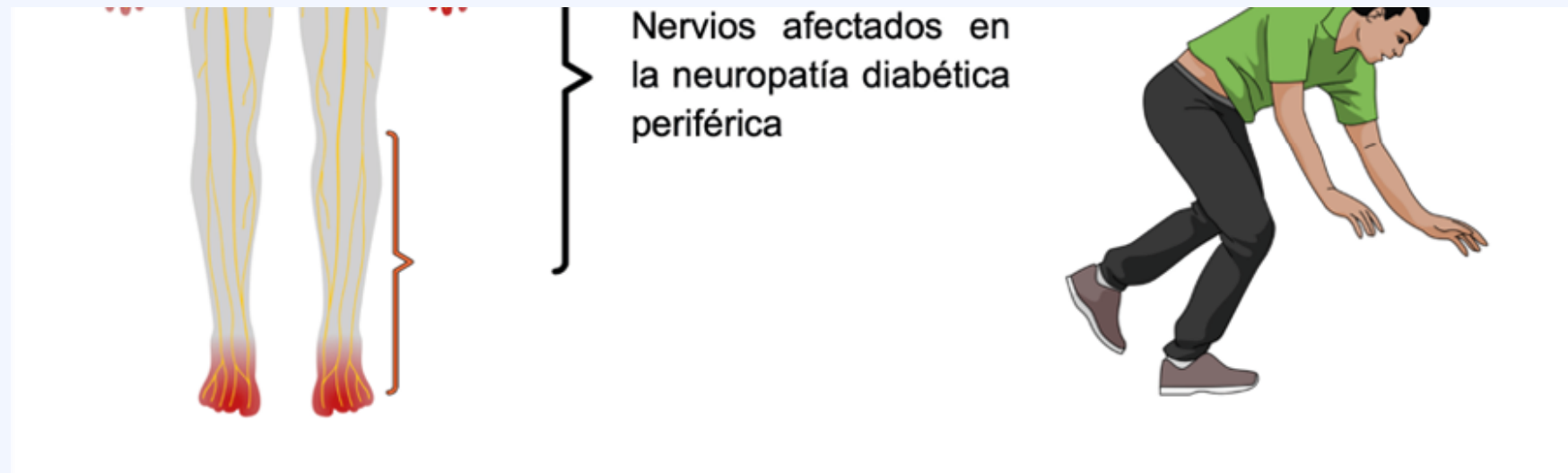


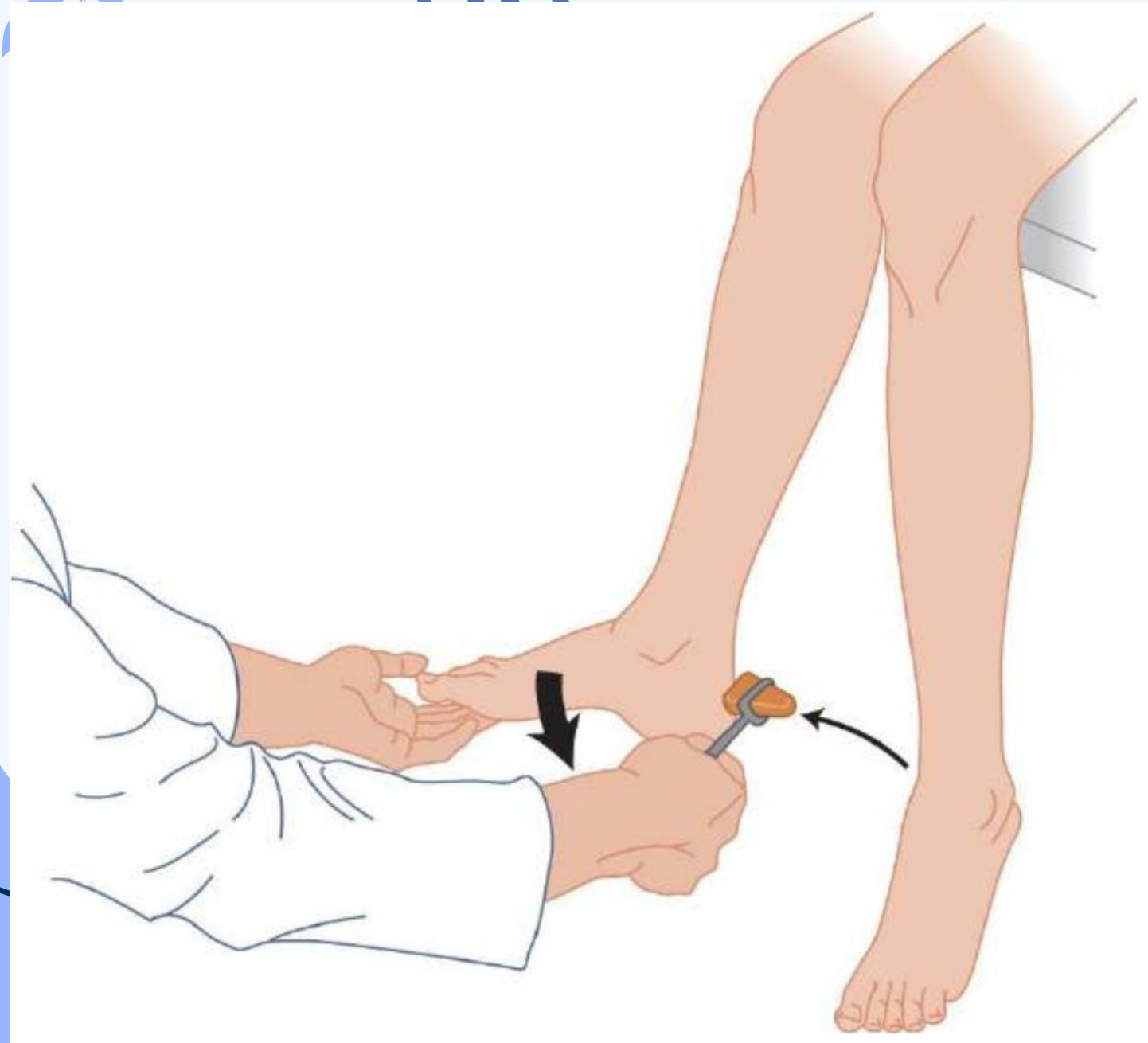
son los que aumentan el riesgo
de presentar úlceras

inicio es bilateral y simétrico con déficit sensitivo «en calcetín» y alteración de la sensación vibratoria, temperatura y tacto fino

síntomas motores menos
frecuentes
↓
aparecen en
estadios más
avanzados

Es característico el
empeoramiento
nocturno del dolor

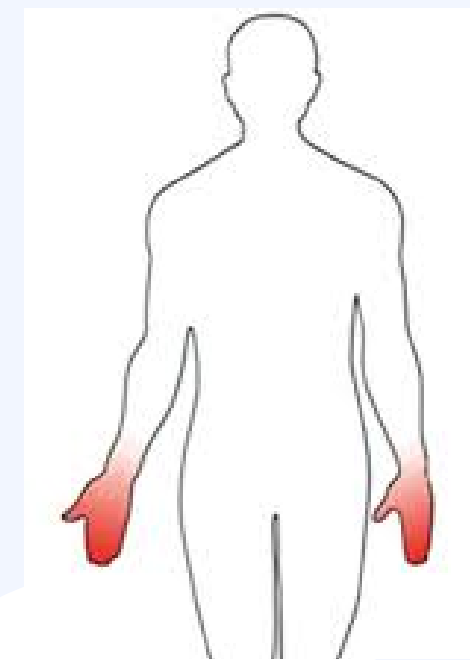




Los reflejos aquíleos suelen estar abolidos al diagnóstico

Con un cuadro avanzado

- desaparecen los reflejos rotulianos
- se altera la propiocepcion
- se pueden afectar antebrazos y manos
 - distribucion en guante



Diagnostico

Historia clínica

Fundamentalmente clínico



El primer paso es realizar una historia clínica completa:

- antecedentes personales
- hábitos tóxicos especialmente de tabaquismo
- años de evolución de la DM
- grado de control glucémico alcanzado
- presencia de otras complicaciones micro y macrovasculares
- características y factores desencadenantes del dolor

Exploración física

1. Exploración física completa
2. Exploración neurológica completa de las extremidades

Exploración neurológica se debe valorar:

- sensibilidad algésica
- táctil
- vibratoria
- térmica
- sensibilidad a la presión
- los reflejos osteotendinosos

Se necesitan 3 instrumentos:

- monofilamento de 10 g o de Semmes-Weinstein
- un diapasón de 128 hercios (Hz)
- un martillo de reflejos



- Sensibilidad térmica: mango
del martillo del diapason

- Sensibilidad a la presión:

-monofilamento de 10 g o de Semmes-Weinstein

Se valoran 4 puntos en cada pie: falange distal del
primer dedo y la cabeza de los metatarsianos primero,
tercero y quinto.

Se realiza aplicando presión hasta que el
monofilamento se curva. Se aplica 3 veces en cada punto y
el sujeto debe acertar, al menos, 2 de cada 3 pruebas



Tratamiento

- La pregabalina resultó el fármaco más eficaz
- La amitriptilina el menos seguro
- la gabapentina el que mejor balance eficacia-seguridad presentaba