



Universidad  
del Cauca



**JORGE ANDRÉS ROSERO NARVÁEZ<sup>1</sup>, NELSON ADOLFO LOPEZ GARZÓN<sup>1</sup>**  
1. DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, GRUPO  
DE INVESTIGACIÓN EN SALUD(GIS), CARDIOUNICAUCA, POPAYÁN, COLOMBIA.

# POLINEUROPATÍAS PERIFÉRICAS

## DEFINICIÓN:

Las neuropatías periféricas constituyen una patología neurológica frecuente y las polineuropatías son neuropatías en las que se presenta más frecuentemente una afectación distal, difusa, sincrónica y simétrica de los nervios periféricos en los cuatro miembros.

Según su fisiopatología y estudio electrodiagnóstico, se clasifican en axonales o desmielinizantes.

Las axonales presentan una evolución subaguda o crónica.

Las desmielinizantes presentan un enlentecimiento de la velocidad de conducción uniforme crónico, o un enlentecimiento no uniforme, bloqueo de conducción, agudo, subagudo o crónico.

Las agudas (días a 4 semanas) y subagudas (4-8 semanas) se relacionan con enfermedades infecciosas o inmunomediadas. El inicio lento e insidioso de las crónicas (>8 semanas) indica principalmente un origen hereditario, metabólico, tóxico e idiopático.

- ✓ Mieloma múltiple
- ✓ Mieloma osteoesclerótico
- ✓ Microglobulinemia de Waldenström
- ✓ Neuropatía asociada a MGUS
- ✓ Crioglobulinemia
- ✓ Amiloidosis sistémica primaria

También, generalmente se pueden clasificar en:

Hereditarias

Adquiridas (Según su etiología, o enfermedad específica/asociada)

Se estima una prevalencia de neuropatías periféricas en la población general cercana al 2% y en los adultos mayores de 55 años y población anciana de entre un 8% y 54%.

Parte principal o única de la enfermedad.

Forma parte de un cuadro más amplio (neurológico o sistémico). Son raras.

- ✓ Enfermedad de Charcot-Marie-Tooth (CMT)
- ✓ Neuropatía tomacular
- ✓ Neuralgia amiotrófica hereditaria
- ✓ Neuropatías sensitivas hereditarias (HSN)
- ✓ Neuropatías hereditarias exclusivamente motoras (HMN)

- ✓ Polineuropatía amiloidótica familiar
- ✓ Porfirias
- ✓ Enfermedad de Refsum
- ✓ Adrenomieloneuropatía

La más frecuente de este grupo. 28 casos x 100.000 habitantes. De inicio en la primera o segunda década de la vida. Se genera pérdida motora y sensitiva progresiva, atrofia muscular distal, hiporreflexia o arreflexia y deformidades esqueléticas.

- ✓ Polineuropatías asociadas a paraproteinemias
- ✓ Polineuropatías de mecanismo inmunológico
- ✓ Neuropatías paraneoplásicas
- ✓ Neuropatías tóxicas
- ✓ Polineuropatía del paciente crítico
- ✓ Polineuropatías infecciosas
- ✓ Polineuropatías nutricionales
- ✓ Polineuropatías metabólicas

- ✓ Síndrome de Guillain-Barré
- ✓ Polirradiculoneuropatía inflamatoria desmielinizante crónica (CIDP)
- ✓ Neuropatía vasculítica

Es una polirradiculoneuritis aguda. Es la primera causa de parálisis aguda extensa en países desarrollados. Existen formas desmielinizantes y formas axonales; ambas son inflamatorias.

- ✓ Neuropatía secundaria a infiltración tumoral
- ✓ Polineuropatías asociadas a Mieloma múltiple, linfoma, CA de pulmón, de mama y de ovario

La presentación más frecuentes, son las polineuropatías sensitivo-motoras simétricas distales.

- ✓ Neuropatía etílica
- ✓ Neuropatía por fármacos
- ✓ Neuropatía por tóxicos industriales o ambientales

Con algunas excepciones, son de tipo axonal, con afectación sensitiva o sensitivo-motora.

- ✓ Lepra
- ✓ Borreliosis
- ✓ VIH
- ✓ Otras (VHZ, TB, difteria, Brucella, botulismo, sífilis)

Se da en el 50%-70% de pacientes con sepsis y FMO; se demuestra una polineuropatía axonal sensitivo-motora aguda.

- ✓ Déficit de Vitamina B
- ✓ Neuropatía de Cuba

Su forma más frecuente es la polineuropatía sensitiva (tipo axonal).

- ✓ Diabétes
- ✓ Hipotiroidismo
- ✓ Insuficiencia renal
- ✓ Insuficiencia hepática

La Polineuropatía diabética es la polineuropatía más frecuente en países industrializados. En el 30-50% de los diabéticos se encontrará neuropatía periférica distal, y su presentación más usual (en hasta un 25% de los diabéticos) es la polineuropatía simétrica distal sensitivo-motora, en donde hay predominio de síntomas sensitivos positivos (el 74% refieren dolor) y la afectación motora es leve. Es la base del pie diabético, junto a los componentes isquémico e infeccioso.

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Las manifestaciones sensitivas y motoras usualmente iniciarán a nivel distal y principalmente en miembros inferiores. Puede presentarse dificultad para dorsiflexión del pie y marcha de Steppage o polineurítica. Pueden definirse síntomas y signos negativos y positivos de la polineuropatía periférica:

## DIAGNÓSTICO

Conlleva principalmente el situar la lesión dentro del sistema nervioso periférico, establecer el mecanismo (axonales-desmielinizante) y su causa (aunque en un 25%-45% de las neuropatías periféricas no se llega a conocer) para establecer un tratamiento.

- La valoración general se enfoca en:
- ✓ Conocer los sistemas afectados (motor, sensitivo, autónomo o combinados).
  - ✓ La distribución de la debilidad (simétrica, asimétrica, distal o proximal y distal).
  - ✓ El tipo de afectación sensitiva.
  - ✓ La evidencia de afectación de la neurona motora superior.
  - ✓ La evolución temporal (aguda, subaguda, crónica).
  - ✓ La evidencia de neuropatía hereditaria. (antecedentes familiares).
  - ✓ Las comorbilidades.

Los estudios de laboratorio son variables dependiendo de la clínica y sospecha diagnóstica; algunos se deberían solicitar en todos los casos, como el hemograma, uroanálisis, VSG, proteinograma e inmunoelectroforesis, a nivel sérico Vit B12, TSH, T3 y T4, además de radiografía de tórax y electromiografía. Otros se realizan en determinados casos y entre esos estudios están séricamente la Hemoglobina glicosilada (A1C), test de tolerancia a la glucosa, PTH, Vitaminas E, VitB1, B6, Ac anti gliadina, antitransglutamina, ANAS, SS-A, SS-B, FR, ANCA, serológicos, Ac. anti MAG, antiglicósidos, CK, crioglobulinas, Metales pesados en orina, porfirinas en orina y exámenes genéticos.

Negativos

Positivos

- ✓ Debilidad
- ✓ Hipo/arreflexia
- ✓ Hipotonía
- ✓ Deformidades esqueléticas
- ✓ Disminución de la sensibilidad
- ✓ Pérdida de la sensibilidad
- ✓ Hipotensión ortostática
- ✓ Disminución de la sudoración
- ✓ Impotencia
- ✓ Retención urinaria

- ✓ Fasciculaciones
- ✓ Calambres
- ✓ Mioquimias
- ✓ Piernas inquietas
- ✓ Parestesias
- ✓ Disestesias
- ✓ Dolor urente o quemante
- ✓ Dolor paroxístico o lancinante
- ✓ Hipertensión
- ✓ Aumento de sudoración

## TRATAMIENTO

Dependerá de la causa subyacente y de la neuropatía. Las medidas generales comprenden el evitar tóxicos, evitar lesiones cutáneas y la rehabilitación. Se deberán controlar los síntomas autonómicos y se podrán usar en ese caso, fármacos como fludrocortisona o desmopresina. En la gastroparesia se usará metoclopramida o domperidona, y en la disfunción eréctil los inhibidores de la fosfodiesterasa. Para el dolor neuropático, se pueden usar principalmente antidepresivos (IRS, IRSN, tricíclicos) y anticonvulsivantes (gabapentina, pregabalina). En ciertos casos, son útiles la plasmáferesis, las inmunoglobulinas y los corticoides (S. Guillain-Barré). En la polineuropatía diabética, el tratamiento incluye el control metabólico (HbA1C, hiperglucemia, dislipidemia), el tratamiento de la HTA, soporte nutricional, ejercicio y pérdida de peso.

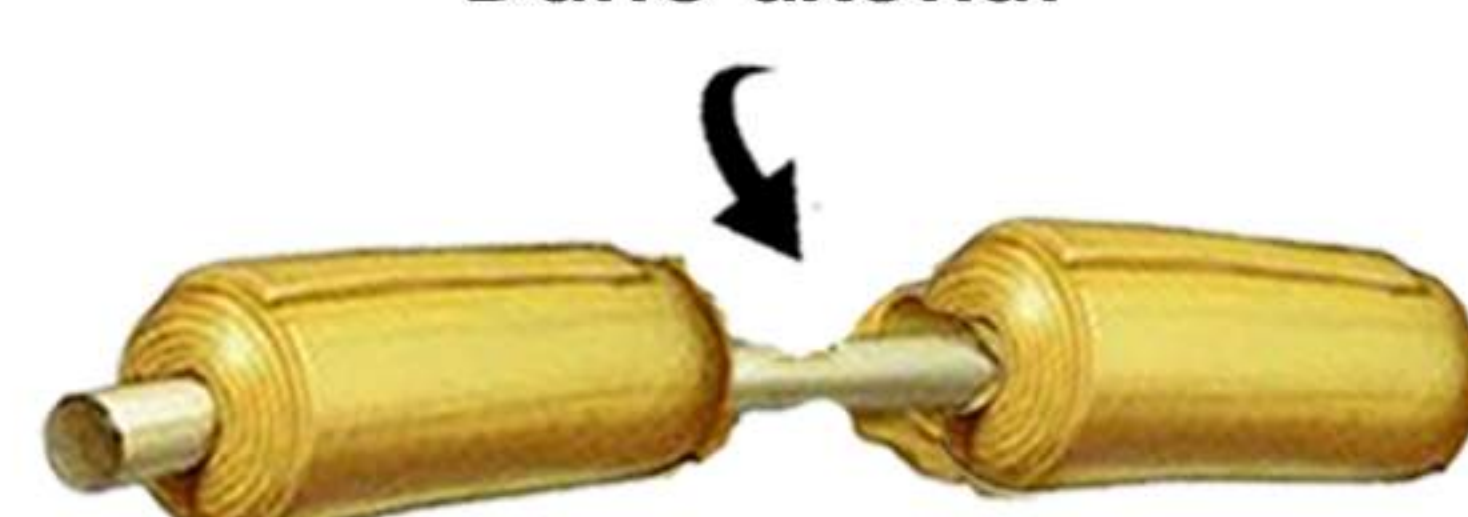


La **Electromiografía** confirma el diagnóstico, la afectación predominante (motora, sensitiva o ambas) y diferencia los mecanismos desmielinizante y axonal, además orienta la etiología y ayuda a establecer el pronóstico.

## EVOLUCIÓN:

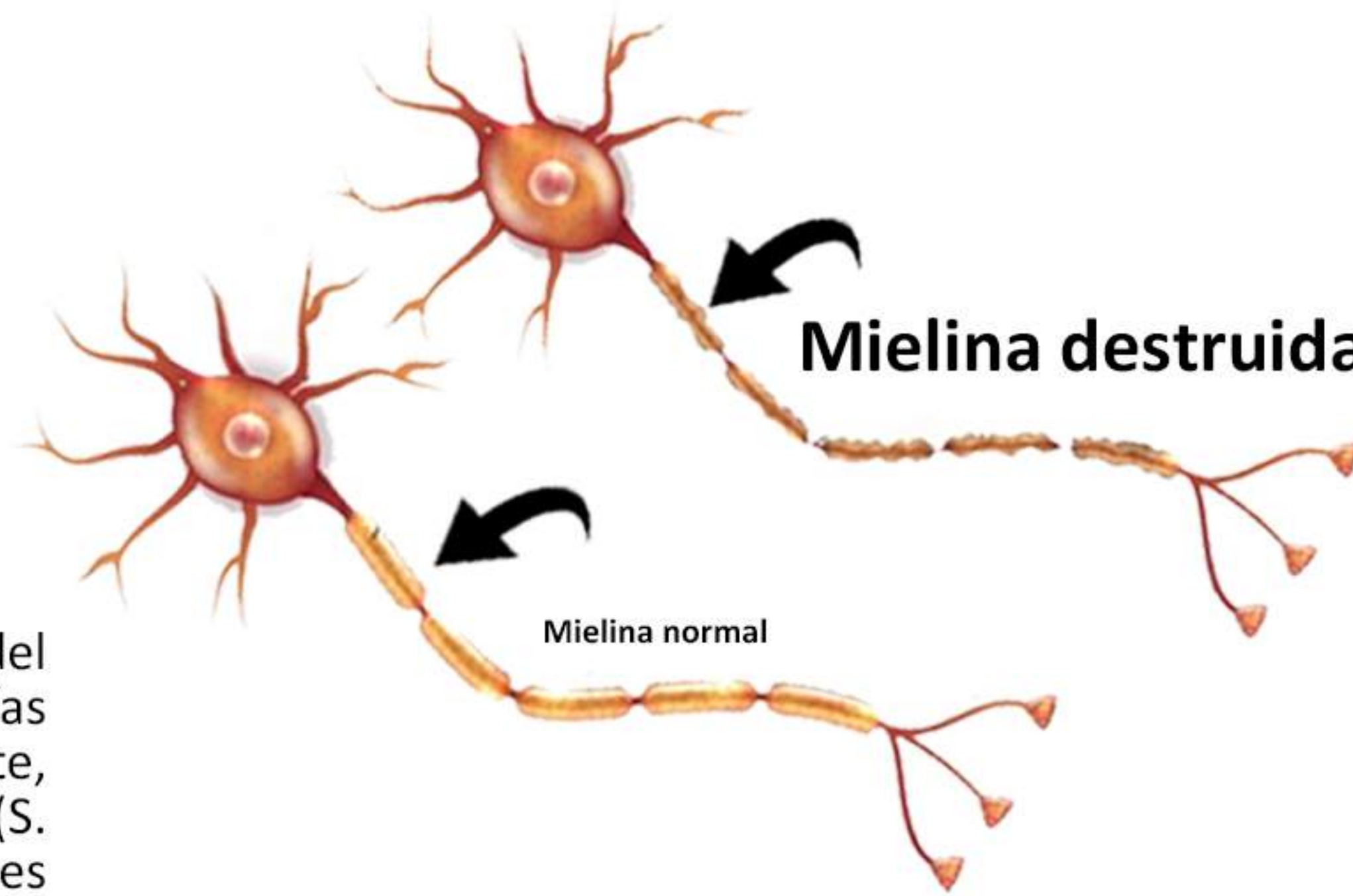
Dependerá del tipo de neuropatía y del tratamiento. En general las polineuropatías tienen un curso crónico mayoritariamente, aunque también están las formas agudas (S. Guillain Barré). Las desmielinizantes generalmente tienen mejor pronóstico que las axonales.

**Daño axonal**



**Mielina destruida**

Mielina normal



1. J. Pardo-Fernández, T. García-Sobrino, E. C.-A. (2015). Neuropatías, radiculopatías y plexopatías. *Medicine*, 11(78), 4698-4710. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.05.004>
2. Dan L. Longo MD, Anthony S. Fauci, MD, Dennis L. Kasper MD, Stephen L. Hauser, MD, J. Larry Jamerson, MD, PhD, Joseph Loscalzo, MD, P. (2012). HARRISON PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA (18th ed.).
3. Kattyuska Valero, Daniela Marante, Manuel Torres, Gema Ramírez, Rafel Cortés, R. C. (2012). COMPLICACIONES MICROVASCULARES DE LA DIABETES. *Revista Venezolana de Endocrinología Y Metabolismo*, 10(1), 111-137.
4. F. Vázquez San Miguel, D. M. P. y J. V. J. (2016). Neuropatía diabética y pie diabético. *MEDICINE*, 12(17), 971-981. <https://doi.org/10.1016/j.med.2016.09.004>
5. Kraychete, D. C., & Sakata, R. K. (2011). Neuropatías Periféricas Dolorosas. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 61(5), 351-360.
6. T. Ritzenthaler, T. Sharshar, D. O. (2014). Síndrome de Guillain-Barré. *EMC - Anestesia - Reanimación*, 40(4). [https://doi.org/10.1016/S1134-2072\(10\)70108-0](https://doi.org/10.1016/S1134-2072(10)70108-0)
7. Arroyo, J., Villate, S., Bessolo, E., Passaglia, G., Ortiz, G. A., & Galletti, C. (2017). Utilidad de la electromiografía en el diagnóstico precoz de polineuropatía del paciente crítico con diagnóstico de sepsis. *Neurología Argentina*, 9(1), 35-39. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2016.11.003>
8. G. Gutiérrez-Gutiérrez. (2015). Protocolo diagnóstico de la polineuropatía. *MEDICINE*, 11(78), 4720-4723. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2015.05.007>
8. Reventún C, Castillo J, Gómez P. Neuropatías periféricas. *FMC Form médica Contin en atención primaria* [Internet]. 2006;13(9):518-30. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1134-2072\(06\)71391-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1134-2072(06)71391-3)

