

Neuropatía Diabética: Una complicación tratable

La Neuropatía diabética es la más común de las complicaciones de la diabetes. Un 50% de las personas que viven con diabetes sufren en algún momento de sus vidas de esta condición. La más común de las formas de neuropatía en esta población es la neuropatía periférica y la que más evidencia científica tiene en cuanto a tratamiento se trata.

La neuropatía periférica se presenta más comúnmente y más temprano en las personas que viven con diabetes tipo 2 versus las que viven con diabetes tipo 1. En el DCCT (Diabetes Control and Complications Trial) se encontró que es menos común en aquellos con diabetes tipo 1 con menos de 10 años de duración de la enfermedad, sin embargo, se reporta una prevalencia de 34% en aquellos después de 25 años o más con la condición. Por otra parte, más del 50% de los pacientes viviendo con diabetes tipo 2, desarrollan síntomas de neuropatía diabética, de hecho, se han reportado hasta un 20-30% en pacientes recién diagnosticados.

El dolor neuropático afecta hasta al 30% de los pacientes con neuropatía diabética, lo cual interfiere con su calidad de vida y aumenta su morbilidad y mortalidad. También acarrea mayores costos en cuidados de salud y, puede ser de tal severidad, que afecte la capacidad de un individuo de trabajar y de hacer sus funciones del diario vivir, lo cual redundará en consecuencias, no solo clínicas, sino también socioeconómicas. Es por tal razón, es de suma importancia lograr medidas terapéuticas y preventivas efectivas. Ese será el principal enfoque de este artículo.

Las fibras más afectadas son las sensoriales, entre estas están las fibras -C, que son fibras pequeñas y demielinadas, que llevan información nociceptiva (percepción de dolor y calor). Estas fibras constituyen la mayoría de los axones sensoriales en el sistema nervioso periférico. En conjunto con ellas, están las fibras A β . Estas fibras tienen una capa fina de mielina y son las responsables de llevar la información de toque, presión y frío. Las otras envueltas en sensación son las A α and A γ , estas son completamente mielinadas y son las que llevan las sensaciones de vibración y posición. Todas estas fibras juntas se les conoce como las fibras grandes.

Temprano en la neuropatía diabética se da la degeneración y pérdida de las fibras C, es en ese momento en que los pacientes comienzan a desarrollar dolor, quemazón y cosquilleo. Según progresa la enfermedad, las fibras grandes van perdiendo sus axones y es cuando comienza la pérdida de propiocepción y adormecimiento en los pies y que va subiendo con el tiempo en lo que se conoce como patrón de media y, cuando afecta las manos, patrón de guante. Ambos patrones se presentan de forma simétrica.

¿Cuál es la causa?

La acumulación de productos de inflamación que se producen cuando el exceso de glucosa en sangre entra al trayecto de hexosamina y también la activación de α -proteína quinasa α -secundario a la acumulación de diacylglycerol. La activación de proteína quinasa C aumenta la resistencia a insulina,

alterando factores de crecimiento que a su vez llevan a la vasoconstricción de las arterias que suplen a estos nervios. También los "advanced glycation end products" que se dan como resultado del exceso de glucosa en sangre llevan también a inflamación de las fibras y los "reactive oxygen species" son responsables de disminuir el flujo de sangre a los nervios periferales. Lamentablemente, estudios clínicos no han podido ser realizados por la toxicidad de los compuestos disponibles para hacer los mismos en humanos.

Múltiples estudios clínicos han sugerido que el control glucémico solo no es suficiente para prevenir la neuropatía en pacientes con diabetes tipo 2, factores como obesidad y dislipidemias también se han relacionado a la patofisiología de la condición, especialmente cuantos de estos factores coexistan en un mismo individuo.

Cernimiento y Diagnóstico

Tomando en consideración la alta prevalencia y la magnitud de las consecuencias es necesario implementar estrategias efectivas como parte de la rutina en la evaluación de los pacientes diabéticos para asegurar un diagnóstico temprano y así prevenir la progresión y el desarrollo de complicaciones tales como úlceras, amputaciones y hasta la muerte. Todo paciente diagnosticado con diabetes tipo 2 debe de ser evaluado para neuropatía diabética desde el momento del diagnóstico y los pacientes con diabetes tipo 1 a los cinco años a partir de su diagnóstico. Luego de esa evaluación inicial, debe de ser evaluado anualmente.

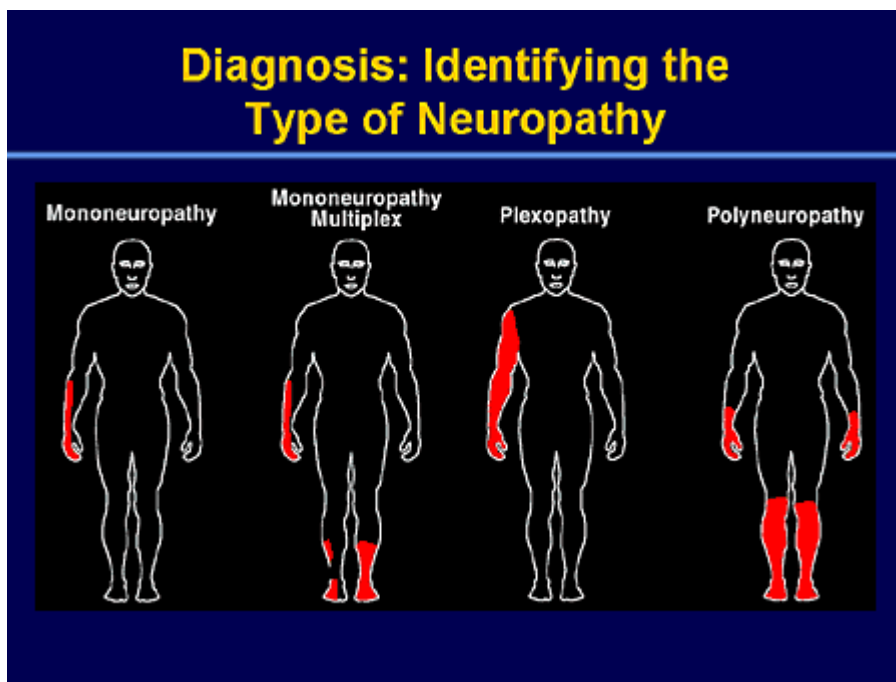


Imagen 1: El patrón de neuropatía diabética es el de polineuropatía y asciende según pasa el tiempo.

Pacientes a riesgo (tomar en historial y evaluación médica):

- Largo de duraci3n de la diabetes
- Ser mayor de 70 a±os
- Síndrome metabólico
- Obesidad
- Hyperlipidemia
- Alta estatura
- Determinantes sociales de salud
- Historial de caídas frecuente

Qu hacer si hay factores de riesgo?

¿Qué hacer si hay factores de riesgo?

Buscar para síntomas de neuropatía peripheral diabética:

- Quemazón
- Latigazos
- Shocks eléctricos
- Empeoran en la noche
- Hiperalegesia



Hacer prueba de neuropatía

- Hay
fibr
- Ser
 - red
 - Ser
 - red

Hay síntomas de neuropatía diabética de fibra grande?

- Adormecimiento
- Falta de balance
- Debilidad



Hacer prueba de neuropatía

- Hay
fibr
- Ser
 - red
 - Ser
 - red
 - Ref

¿Los signos y síntomas están distribuidos de una forma simétrica en pat



Tratamiento de neuropatía diabética dolorosa:

No farmacológica

- Control glucémico- estable, evitando excursiones en niveles de glucosa
- Cambios en estilos de vida; ejercicios, reducir el sedentarismo, modificación en dieta
- Estimulación nerviosa de alta frecuencia (10-kHz) al cordón espinal

Tratamiento tópico

- Parchos de Capsaicina al 8%

Terapias farmacológicas

- Anticonvulsivantes : Pregabalin (Lyrica), Gabapentin (Neurontin)
- Inhibidores de recaptación de Serotonina y Norepinefrina: Duloxetine (Cymbalta)
- Antidepresivos Tricíclicos: Amitriptyline (Elavil)

Terapia Combinada

- Combinación de terapias farmacológicas
- Combinación de terapias farmacológicas, nutracéuticas (Ácido alfa lipóico y benfotiamina no aprobados por el FDA) y terapias no farmacológicas

Siempre es importante recordar que cada paciente es individual y que es necesario individualizar la terapia de acuerdo con la necesidad, pero sobre todo, tomar en consideración que si no logramos el control del dolor, debemos referir al paciente a una clínica especializada en manejo del mismo para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Reference:

1. Rodica Pop-Busui, MD, PhD, Editor, et al, Diagnosis and Treatment of Painful Diabetic Peripheral Neuropathy, American Diabetes Association Compendia Series 2022; 1-36

Dra. Ana M. LÃ³garo GÃ³mez, MD EndocrinÃ³loga

Author

analugaro