



212/3080 - DISESTESIAS EN HIPOCONDRIO DERECHO EN PACIENTE DIABÉTICO

E.M. Salazar Igual^a, M.J. Sender Palacios^a, M. Márquez Alsina^b y M. Grau Calderón^c

^aMédico de Familia; ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Terrassa Nord. Terrassa. ^bMédico de Familia. Centro de Atención Primaria Pineda de Mar. ICS. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 72 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, síndrome de apnea obstructiva del sueño, que presenta, desde hace unos 6 meses, distestesias en hipocondrio derecho, irradiándose a fosa lumbar derecha hasta columna, siguiendo el dermatoma T8.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración no se objetivan lesiones cutáneas ni focalidad neurológica, únicamente disestesias que se reproducen a la palpación superficial de la metámera T8. Con la sospecha de radiculopatía se solicita una radiografía de columna dorsal y un electromiograma, y se inicia tratamiento con pregabalina. La radiografía muestra signos de espondilosis y espondiloartrosis generalizados. Se informa el electromiograma como examen compatible con una neuropatía torácica diabética.

Juicio clínico: La afectación del sistema nervioso periférico y autonómico es la complicación más frecuente de la diabetes en Occidente. El 50% de los pacientes diabéticos desarrollará una neuropatía diabética (ND). Tipos: crónicas (polineuropatía sensitivomotora distal, que es el tipo más frecuente, neuropatía sensitiva distal, autonómica y la polineuropatía desmielinizante crónica), agudas (polineuropatía dolorosa aguda, asociada a pérdida de peso o mal control glucémico o a rápida corrección de la glucemia) y asimétricas (radiculopatía torácica, que es un tipo de radiculopatía infrecuente, radiculopatía lumbosacra, craneal, polirradiculopatía diabética y mononeuropatía). Diagnóstico: anamnesis, exploración física, analítica, electromiograma (prueba de referencia). Tratamiento: antidepresivos tricíclicos (amitriptilina), antidepresivos inhibidores duales (venlafaxina, duloxetina), anticonvulsivantes (pregabalina, gabapentina), opioides (oxicodona, tramadol), fármacos tópicos (capsaicina, lidocaína tópica).

Diagnóstico diferencial: Tumores, síndrome paraneoplásico del cáncer broncogénico, mieloma múltiple, causas metabólicas, uremia, déficit de vitamina B12, gammopatía monoclonal, patología tiroidea, tóxicos, fármacos, entre otras.

Comentario final: Destacar la importancia de la elevada prevalencia de la ND, a menudo infradiagnosticada, dado que en un elevado número de pacientes cursa asintomática. Importancia de la morbimortalidad que conlleva la ND (riesgo de infecciones recurrentes, ulceraciones, amputaciones secundarias...) y, por tanto, la necesidad de su detección precoz en atención primaria.

Bibliografía

1. Rodríguez Vicente JM, González-Escalada JR, Álvarez-Guisasola F, Blanco Tarrío E, Sánchez Jiménez J. Guía de Buena Práctica Clínica en Dolor neuropático en el paciente diabético. Madrid; 2011.

Palabras clave: *Disestesias. Diabetes mellitus. Neuropatía diabética.*