

# Alodinia en tronco: una manifestación neurológica infrecuente en pacientes diabéticos.

Seijo Raposo, Iván Manuel; Rodríguez-Castro, Emilio; García Sobrino, Tania; García Díaz, Iago; Puente Hernández, Marilina

SERVICIO DE NEUROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

## INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es la causa más frecuente de neuropatía en nuestro medio.

Puede producir todas las variedades anatómicas de afectación y formas tanto sintomáticas como asintomáticas, siendo la polineuropatía simétrica distal la más frecuente.

## CASO CLÍNICO

60 años



### ANTECEDENTES PERSONALES:

- Diabetes mellitus tipo 2 (debut reciente)
- Lumbalgia crónica

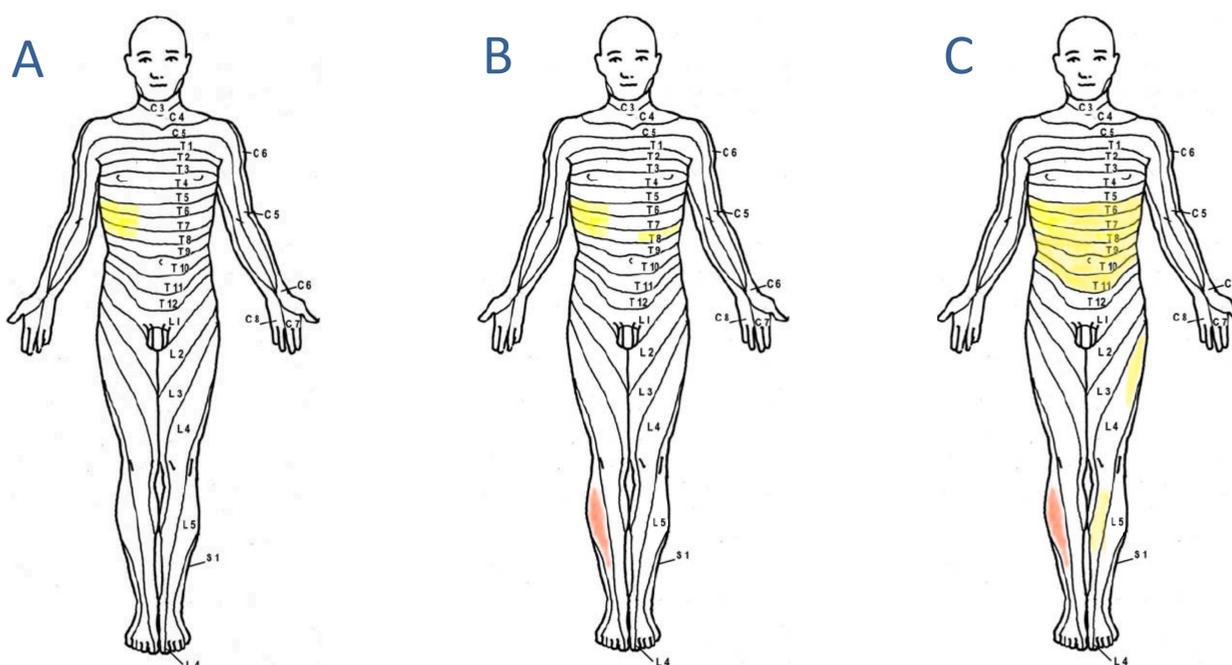
### ANAMNESIS:

- Consultó por parestesias y alodinia unilateral en el territorio correspondiente a los dermatomas D6 a D8 de curso subagudo.

### EXPLORACIÓN:

- Alodinia e hipoestesia en territorio D6-D8 derecho.

## EVOLUCIÓN



A: Exploración inicial

B: + 3 meses

C: + 6 meses

+ 14 meses: asintomático

Alodinia, hipoestesia

Irradiación de dolor

## RESULTADOS

Análisis de sangre	ANA 1/160 granular
LCR	Hiperproteíorraquia (1.64g/L) sin pleocitosis
Microbiología en suero	Negativa (VHB, VHC, VIH, borrelia, brucella, lúes)
Microbiología en LCR	Negativa (herpesvirus, cultivo, serologías de bacterias)
ENG	No mostró datos de afectación neuropática en extremidades
EMG	Discreto aumento de polifasia y amplitud en musculatura L5 derecha (crónico). No denervación activa paravertebral
RM medular	Destaca únicamente estenosis foraminal L4-L5 derecha



## CONCLUSIONES

Presentamos un caso de **polirradiculoneuropatía torácica diabética**, una de las entidades menos conocidas dentro del espectro de la neuropatía diabética. Se debe sospechar siempre ante un paciente diabético que consulta por alodinia en tronco. También puede cursar con debilidad de la pared abdominal, que se manifiesta como pseudohernia.

Forma parte del espectro de **radiculoneuropatías diabéticas**, que afecta más frecuentemente a territorio lumbo-sacro. En contraposición a la polineuropatía diabética son de curso subagudo y distribución asimétrica y tanto proximal como distal. El perfil del paciente también difiere, presentándose a menudo en pacientes de mediana edad, menor tiempo de evolución de la diabetes y sin otras complicaciones microvasculares.

El sustrato patológico es una **microvasculopatía inflamatoria** y suele encontrarse hiperproteíorraquia.

A pesar de que suele ser refractaria al tratamiento sintomático, su curso es monofásico y benigno.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bansal, V. (2006). Diabetic neuropathy. *Postgraduate Medical Journal*, 82(964), pp.95-100.
2. Laughlin, R. and Dyck, P. (2014). Diabetic radiculoplexus neuropathies. *Diabetes and the Nervous System*, pp.45-52.
3. Massie, R., Mauermann, M., Staff, N., Amrami, K., Mandrekar, J., Dyck, P., Klein, C. and Dyck, P. (2012). Diabetic cervical radiculoplexus neuropathy: a distinct syndrome expanding the spectrum of diabetic radiculoplexus neuropathies. *Brain*, 135(10), pp.3074-3088.