

Conferencias y Simposios

SIMPOSIO 17: Pie diabético

Coordinadora: Dra. Raquel Urdaneta

Debate: Impacto lesional en diabetes mellitus tipo 2, ¿qué agrava más: neuropatía o vasculopatía?

La neuropatía

Dr. Ariel Odriozola

Director del Instituto Catalán de Endocrinología y Nutrición, España

aodrio@1.com

La polineuropatía sensitivo motora diabética (*diabetic sensorimotor polyneuropathy*, DSPN) es la complicación de mayor prevalencia que afecta aproximadamente a un tercio de las personas con diabetes mellitus (DM) tipo 1 y 2. Se incrementa el número si se consideran los diferentes tipos de neuropatías de la DM, siendo en particular que la DSPN representa una morbilidad considerable, un mayor riesgo de mortalidad, una calidad de vida reducida como consecuencia de las alteraciones sensitivas, especialmente dolor, motoras, viscerales, y un aumento de los costos de atención de la salud como resultado, en particular, del dolor neuropático y las úlceras en los pies. La DSPN dolorosa se encuentra en el 13-26%, mientras que hasta el 50% de los pacientes con DSPN puede ser asintomático.

Desafortunadamente, la DSPN aún es inadecuadamente diagnosticada, en forma muy tardía y tratada de manera incompleta. Actualmente, con la metodología diagnóstica recomendada para detectar a la neuropatía diabética y sus posibles fenotipos ya es posible establecer en la clínica diaria, las incipientes disfunciones de los receptores neuronales (Paccini, Krausse, Libres, etc.), con sus correspondientes fibras nerviosas beta (mielinizadas), delta tipo I, tipo II (escasamente mielinizadas) y la C (no mielinizadas), tempranamente en pacientes que padecen intolerancia a la glucosa alterada. Los síntomas neuropáticos pueden estar ausentes o presentes; los típicos incluyen dolor, parestesias y entumecimiento, particularmente en los pies y las pantorrillas, teniendo presente que el signo predominante es el déficit del sistema de alarma “dolor nociceptivo” que suele acompañarse de síntomas y/o signos de disfunciones viscerales autonómicas.

El diagnóstico clínico de la DSPN se basa en síntomas y signos neuropáticos (déficits). El manejo de la DSPN incluye: 1) tratamiento de la DM e intervención multifactorial del riesgo cardiovascular; 2) farmacoterapia patogenética; 3) tratamiento analgésico (antidepresivos, anticonvulsivos, opioides, parche de capsaicina al 8% y combinaciones) y opciones no farmacológicas. El objetivo es mejorar la calidad de vida en general.

Bibliografía

1. Consensus statement: Report and recommendations of the San Antonio conference on diabetic neuropathy. American Diabetes Association American Academy of Neurology. *Diabetes Care* 1988;11:592-7.
2. Ponirakis G, Odriozola A, Malik RA. Nerve check for the detection of sensory loss and neuropathic pain in diabetes. *Diabetes Technol Ther* 2016 Dec;18(12):800-805.
3. American Diabetes Association. Microvascular complications and foot care: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. *Diabetes Care* 2020; 43:S135–51.
4. Rosenberger DC, Rolf-Detlef AW. Challenges of neuropathic pain: focus on diabetic neuropathy. *Journal of Neural Transmission* 2020;127:589.

Palabras clave: neuropatía.

SYMPOSIUM 17: Diabetic foot

Coordinator: Dr. Raquel Urdaneta

Debate: Injurious impact in type 2 diabetes mellitus, what aggravates more: neuropathy or vasculopathy

The neuropathy

Dr. Ariel Odriozola

Director of the Catalan Institute of Endocrinology and Nutrition, España

Diabetic motor sensitive polyneuropathy (DSPN) is the most prevalent complication, affecting about a third of people with type 1 and 2 diabetes, the number increases if all the different types of diabetes neuropathies are considered, being in particular, that DSPN represents considerable morbidity, a higher risk of mortality, a reduced quality of life as a result of sensitive alterations, especially pain, motor, visceral and an increase in health care costs as a result, in particular, of neuropathic pain and foot ulcers. Painful DSPN is found in 13-26%, while up to 50% of patients with NPCD can be asymptomatic. Unfortunately, DSPN is still inadequately diagnosed, very late and treated incompletely. Currently, with the recommended diagnostic methodology to detect diabetic neuropathy and its possible phenotypes, it is already possible to establish in the daily clinic, the incipient dysfunctions of neuronal receptors (Paccini, Krausse, Libres, etc.), with their corresponding nerve fibers Beta (myelinated), Delta type I, type II (Neuropathic symptoms may be absent or present, typical ones include pain, paraesthesia and numbness, particularly in the feet and calves, bearing in mind that the predominant sign is the deficit of the alarm system "Nocceptual pain", they are usually accompanied by symptoms and / or signs of autonomic visceral dysfunctions.

The clinical diagnosis of DSPN is based on neuropathic symptoms and signs (deficits). The management of DSPN includes: (1) diabetes treatment and multifactorial intervention of cardiovascular risk, (2) pathogenetic pharmacotherapy (3) analgesic treatment (antidepressants, anticonvulsants, opioids, 8% capsaicin patch and combinations) and non The goal is to improve the quality of life in general.

Key words: neuropathy.