

## **Conferencias y Simposios**

### **SEIS VOCES EN 10 MINUTOS**

#### **C) Actualización en complicaciones crónicas**

Coordinador: Dr. Alejandro Sánchez

#### **Neuropatía periférica**

Dra. Laura Pomares

Especialista en Nutrición, Universidad de Buenos Aires (UBA), especializada en Diabetología, Médica de Planta, Servicio de Endocrinología y Diabetes, Hospital Juan Pablo II, Corrientes, Argentina

Es la complicación más prevalente de la diabetes (DM). En DM2, se inicia antes del diagnóstico, es asintomática en el 50% de los casos, y puede afectar a las diferentes partes del sistema nervioso con distinta intensidad y distribución.

El control glucémico previene o retrasa la progresión de la polineuropatía distal simétrica (PNP) en DM2 menos evidente que en DM1 (1). La intervención multifactorial, con el objetivo conjunto del control glucémico y de los factores de riesgo cardiovascular, previene la neuropatía autonómica cardiovascular (NACV) en DM2. Las modificaciones del estilo de vida demostraron su utilidad en pacientes con prediabetes/síndrome metabólico<sup>1</sup>.

Su clasificación es la siguiente: 1) polineuropatía distal y simétrica (la más prevalente); 2) neuropatía autonómica; 3) mononeuropatía y mononeuropatía múltiple; 4) polirradiculopatía lumbar o amiotrofia diabética (1).

En DM2, la presencia de neuropatía debe investigarse desde el momento del diagnóstico y con una frecuencia anual. Los síntomas dependerán de la afectación de las fibras gruesas mielinizadas (hipoestusias, entumecimiento, marcha inestable), evaluadas por la exploración de los reflejos aquileos, la percepción vibratoria y el monofilamento 10 gs, o la afectación de fibras finas mielinizadas (dolor tipo quemazón, calambres, pinchazos), evaluados por la discriminación térmica y la sensibilidad al pinchazo. El diagnóstico es de exclusión, por lo cual es necesario el diagnóstico diferencial para el tratamiento etiológico. Habitualmente no es necesario realizar EMG ni derivar a un servicio especializado para diagnóstico (2).

Ni la mejora del control metabólico ni la utilización de fármacos demostraron eficacia en la reversión de la PNP. El tratamiento se centra en el manejo del dolor. Las drogas aprobadas por las agencias reguladoras (EMA y FDA) son pregabalina y duloxetina, gabapentina puede ser útil de inicio, teniendo en cuenta las comorbilidades e interacciones medicamentosas. Los antidepresivos tricíclicos (no aprobados por la FDA) pueden ser efectivos, con más efectos secundarios. Los opiáceos no se recomiendan como primera línea por sus efectos secundarios y su riesgo de adicción (3).

En personas con diabetes, prevenir su aparición será el objetivo principal. Una vez instalada, su diagnóstico es esencial para adoptar las medidas preventivas y evitar otras complicaciones.

Palabras clave: neuropatía periférica; complicación.

#### **Bibliografía**

1. Pop-Busui R, Boulton AJM, Feldman EL, Bril V, Freeman R, Malik RA, Sosenko JM, Ziegler D. Diabetic Neuropathy: A Position Statement by the American Diabetes Association. Diabetes Care 2017;40:136-154.

2. Tesfaye S, Vileikyte L, Rayman G, Sindrup SH, Perkins BA, Baconja M, Vinik AI, Boulton AJM; on behalf of The Toronto Expert Panel on Diabetic Neuropathy. Painful diabetic peripheral neuropathy: consensus recommendations on diagnosis, assessment and management. *Diabetes Metab Res Rev* 2011;27:629-638.
3. Kamakshi Patel, MD, MPH, Holli Horak, MD, Ezgi Tiryaki, MD. Diabetic Neuropathies. *Muscle and Nerve*. <https://doi.org/10.1002/mus.27014>.

## **SIX VOICES IN 10 MINUTES**

### **C) Update on chronic complications**

Coordinator: Dr. Alejandro Sánchez

#### **Peripheral neuropathy**

Dra. Laura Pomares

Nutrition Specialist, University of Buenos Aires (UBA), specialized in Diabetology, Plant Medicine, Endocrinology and Diabetes Service, Juan Pablo II Hospital, Corrientes, Argentina

It is the most prevalent complication of diabetes. In T2D, it starts before diagnosis, it is asymptomatic in the 50% of the cases, and it can affect the different parts of the nervous system with different intensity and distribution.

Glycemic control prevents or delays the progression of the distal symmetric polyneuropathy (DSP), which is less evident in T2D than in T1D1. The multifactorial intervention, with a joint objective of glycemic control and the factors of cardiovascular risk, prevents the cardiovascular autonomic neuropathy (CAN) in T2D. Modifications to life style have shown to be useful for patients with prediabetes or metabolic syndrome (1).

The classification is the following: 1- Distal symmetric polyneuropathy (the most prevalent); 2- Autonomic neuropathy; 3- Mononeuropathy and multiple mononeuropathy; 4- Lumbar polyradiculopathy or diabetic amyotrophy (1).

In T2D, the presence of neuropathy must be investigated from the moment of diagnosis and with annual frequency. Symptoms will depend on the affectations of the myelinated thick fibers (hypoesthesia, numbness, unsteady gait), evaluated through the exploration of the Achilles reflex, the vibratory perception and the monofilament 10 gram, or the affectations of the myelinated thin fibers (pain similar to burning, cramps, pricks), evaluated through thermal discrimination and prick sensitivity. The diagnosis is by exclusion, which is why a differential diagnosis for etiological treatment is necessary. Usually, it is not necessary to have an EMG or to make a referral to a specialized service for a diagnosis (2).

Neither the improvement in the metabolic control, nor the use of drugs has been effective in DSP reversion. The treatment is centered on pain management. The drugs approved by regulatory agencies (EMA/ FDA) are Pregabalin and Duloxetine. Gabapentin might be useful at the beginning, taking into account the comorbidities and medical interactions. Tricyclic antidepressants (not approved by FDA) might be effective, but with more side effects. Opioids are not recommended as a first option because of their side effects and their risk of addiction (3). In people with diabetes, to prevent the appearance of DSP will be a main objective. Once it is installed, its diagnosis is essential to adopt preventive measures and avoid further complications.

Key words: peripheral neuropathy; complication.

#### **Bibliography**

1. Pop-Busui R, Boulton AJM, Feldman EL, Bril V, Freeman R, Malik RA, Sosenko JM, Ziegler D. Diabetic Neuropathy: A Position Statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2017;40:136-154.
2. Tesfaye S, Vileikyte L, Rayman G, Sindrup SH, Perkins BA, Baconja M, Vinik AI, Boulton AJM; on behalf of The Toronto Expert Panel on Diabetic Neuropathy. Painful diabetic peripheral neuropathy: consensus recommendations on diagnosis, assessment and management. *Diabetes Metab Res Rev* 2011;27:629-638.
3. Kamakshi Patel, MD, MPH, Holli Horak, MD, Ezgi Tiryaki, MD. Diabetic Neuropathies. *Muscle and Nerve*. <https://doi.org/10.1002/mus.27014>.