P-200

AMIOTROFIA DIABÉTICA TRAS INTENSIFICACIÓN INSULÍNICA: EL RETO DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE CON PARESTESIAS PROXIMALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Claudia Martos Del Lozar[1], Maria Guaita Guaita[1], Cristina Gisbert Garzón[1]

[1] *CS Benicassim*

Varón de 58 años con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de 4 años de evolución, dislipemia e hipertensión arterial. El paciente presentaba mal control metabólico crónico con una HbA1c basal del 13,76% en diciembre de 2025, asociando molestias parestésicas e insidiosas de fondo en miembros inferiores.

De forma coincidente con clínica de dolor lumbar, fue valorado inicialmente por los servicios de Rehabilitación (RHB) y Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) ante la sospecha de lumbociatalgia mecánica, descartándose indicación de tratamiento quirúrgico.

Con el objetivo de optimizar el control metabólico, desde Atención Primaria se intensificó el tratamiento pautando insulina glargina U300, lográndose un descenso rápido y pronunciado de la HbA1c a 9,95% en febrero y posteriormente a 7,55% en junio.

Coincidiendo con esta notable mejoría glucémica, el paciente experimentó un severo empeoramiento clínico agudo, caracterizado por dolor neuropático irruptivo en muslos, sensación de quemazón nocturna, tropiezos frecuentes y una rápida e incapacitante pérdida de masa muscular en ambos cuádriceps.

Ante la sospecha fundada de una entidad neuromuscular de origen metabólico, se solicitó valoración por Neurología.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Exploración física: Amiotrofia e hipotrofia severa de cuádriceps bilateral. Reflejos osteotendinosos (ROT) abolidos de forma universal. Sensibilidad táctil y vibratoria conservadas. Marcha posible con marcada dificultad por paresia proximal.
- Analítica evolutiva: HbA1c 13,76% (dic) → 9,95% (feb) → 7,55% (jun). filtrado glomerular >100 mL/min, cociente albúmina/creatinina 81,2 mg/g, LDL 70 mg/dL.
- ITB: Derecho 0,80 / Izquierdo 0,71 (arteriopatía periférica leve asintomática).
- RMN lumbar: Hernia discal L5-S1 con compromiso radicular L5-S1.
- EMG / ENG (Neurología): Polineuropatía sensitiva axonal en miembros inferiores y afectación radicular crónico-leve L5, hallazgos neurofisiológicos compatibles con amiotrofia diabética (radiculoplexopatía lumbosacra).

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Amiotrofia diabética (síndrome de Bruns-Garland / neuropatía inducida por el tratamiento - TIND) superpuesta a polineuropatía distal simétrica previa, habiéndose descartado la radiculopatía lumbar como causa principal de la atrofia proximal por COT, RHB y Neurología.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Lumbociatalgia / radiculopatía L5-S1 mecánica, estenosis de canal lumbar, meralgia parestésica, miopatía proximal, claudicación vascular

CONCLUSIONES

- Es fundamental diferenciar la polineuropatía diabética distal crónica de las formas agudas proximales (amiotrofia/TIND), las cuales pueden ser desencadenadas por descensos bruscos de HbA1c (de 13,76% a 7,55%).
- La exploración física proximal en Atención Primaria y la coordinación multidisciplinar (COT, RHB, Neurología) son vitales para evitar atribuir la atrofia a hallazgos casuales en la RMN.
- El ajuste precoz de neuromoduladores (pregabalina) y el tratamiento físico en RHB resultan indispensables para la

recuperación funcional.

CÓMO CITAR

Martos Del Lozar C, Guaita Guaita M, Gisbert Garzón C. AMIOTROFIA DIABÉTICA TRAS INTENSIFICACIÓN INSULÍNICA: EL RETO DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE CON PARESTESIAS PROXIMALES EN ATENCIÓN PRIMARIA. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):174-175. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4