

## **Neuropatías periféricas adquiridas: una revisión bibliográfica**

Acquired peripheral neuropathies: a literature review

**Alfonso Javier Sancan Velásquez**

alfonso.sancan@outlook.com

<https://orcid.org/0009-0002-6989-1684>

Investigador independiente

Jipijapa – Ecuador

**Olga Valeska Ronquillo Merino**

ronquilloolga01@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-6950-081X>

Investigador independiente

Jipijapa – Ecuador

**Silvia Nayeli Junqui Machuca**

silviamachuca561@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-9988-8030>

Investigador independiente

Manta – Ecuador

**Melissa Nicole Ponce Delgado**

melissaponced@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-5441-6725>

Investigador independiente

Manta – Ecuador

**Anthony Andrés Macías Catagua**

anthonyandres2001@outlook.com

<https://orcid.org/0009-0002-1021-7230>

Investigador independiente

Santa Ana – Ecuador

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5391>

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5391>

## Neuropatías periféricas adquiridas: una revisión bibliográfica

Acquired peripheral neuropathies: a literature review

**Alfonso Javier Sancan Velásquez**

alfonso.sancan@outlook.com

<https://orcid.org/0009-0002-6989-1684>

Investigador independiente

Jipijapa – Ecuador

**Olga Valeska Ronquillo Merino**

ronquilloolga01@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-6950-081X>

Investigador independiente

Jipijapa – Ecuador

**Silvia Nayeli Junqui Machuca**

silviamachuca561@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-9988-8030>

Investigador independiente

Manta – Ecuador

**Melissa Nicole Ponce Delgado**

melissaponced@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-5441-6725>

Investigador independiente

Manta – Ecuador

**Anthony Andrés Macías Catagua**

anthonyandres2001@outlook.com

<https://orcid.org/0009-0002-1021-7230>

Investigador independiente

Santa Ana – Ecuador

Artículo recibido: 20 de octubre de 2025. Aceptado para publicación: 23 de febrero de 2026.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

### Resumen

Las neuropatías periféricas adquiridas constituyen un grupo de trastornos neurológicos secundarios a patologías agudas o crónicas, están caracterizados por alteración de las fibras con funciones motoras, sensitivas y autonómicas. Tienen una alta prevalencia a nivel mundial y están asociadas a elevada carga de discapacidad, deterioro de la calidad de vida y aumento del gasto económico en el sistema sanitario. Se realizó una revisión narrativa de la literatura con artículos científicos de la base de datos de Scopus, Scielo y Google Académico, obteniendo 14 estudios incluidos en la investigación. Los resultados evidenciaron que la meralgia parestésica, el síndrome de Guillain Barré y la neuropatía diabética son las más frecuentes. El diagnóstico oportuno, el control de la enfermedad de base y el tratamiento integral son fundamentales para la prevención de las complicaciones, discapacidad y muerte.

**Palabras clave:** neuropatías periféricas, neuropatía diabética, síndrome de Guillain Barré

## Abstract

Acquired peripheral neuropathies constitute a group of neurological disorders secondary to acute or chronic diseases, characterized by impairment of motor, sensory, and autonomic nerve fibers. They have a high global prevalence and are associated with a substantial burden of disability, deterioration in quality of life, and increased healthcare-related costs. A narrative literature review was conducted using scientific articles retrieved from the Scopus, SciELO, and Google Scholar databases, resulting in the inclusion of 14 studies. The findings indicate that meralgia paresthetica, Guillain–Barré syndrome, and diabetic neuropathy are the most frequently reported acquired peripheral neuropathies. Early diagnosis, adequate control of the underlying disease, and a comprehensive therapeutic approach are essential to prevent complications, disability, and mortality.

**Keywords:** peripheral neuropathies, diabetic neuropathy, Guillain–Barré syndrome

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons.



Cómo citar: Sancan Velásquez, A. J., Ronquillo Merino, O. V., Junqui Machuca, S. N., Ponce Delgado, M. N., & Macías Catagua, A. A. (2026). Neuropatías periféricas adquiridas: una revisión bibliográfica. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 7 (1), 1829 – 1838. <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5391>

## **INTRODUCCIÓN**

Las Neuropatías Periféricas Adquiridas (NPA) son resultado del trastorno de las células y fibras nerviosas secundarias a las complicaciones por patologías sistémicas, estas neuropatías incluyen a los nervios craneales, raíces, ganglios espinales, troncos nerviosos y al sistema nervioso autónomo. Las manifestaciones clínicas abarcan entumecimiento, parestesias, dolor, debilidad progresiva, pérdida de los reflejos tendinosos o síntomas vasomotores que se desarrollan durante meses o años. Además, se ha descrito que cerca del 2.4% de la población mundial lo padece, aumentando la prevalencia al 24% en pacientes en la edad avanzada, de los cuales el 50% de los casos corresponde a complicaciones por Diabetes Mellitus (DM), siendo la causa más común (Hammi & Yeung, 2022).

Las NPA representan un problema de salud pública con alto coste económico anual de 10.9 billones de dólares sólo en Estados Unidos; independientemente de su etiología, las NPA se relacionan a mayor carga de discapacidad, menor calidad de vida, mayor uso de analgésicos e incremento de la mortalidad (Imbachí Salamanca et al., 2022).

Alcívar Alcívar & Alvarado Cruz (2021) afirman que en el Ecuador la prevalencia de las NPA es del 44% con estudios que reportan el 50% de amputaciones, más frecuentes en el sexo masculino y en mayores de 60 años.

Con base a lo mencionado, las NPA son frecuentes en la población y son resultado de complicaciones de enfermedades agudas o crónicas. Por lo que, resulta fundamental su diagnóstico temprano, control de patologías subyacentes y prevenir sus complicaciones que conlleven a la discapacidad y muerte.

La presente investigación tiene como objetivo general describir las NPA más frecuentes durante la práctica clínica que permitan orientar las bases para su abordaje, tratamiento y derivación oportuna, mediante una metodología de revisión bibliográfica de la evidencia actual. Bajo este contexto, se establecen los siguientes objetivos específicos:

- Mencionar la fisiología de las fibras nerviosas y la clasificación de las NPA.
- Caracterizar las principales manifestaciones clínicas de las NPA según su patología de base.
- Identificar las estrategias diagnósticas disponibles durante las etapas iniciales.
- Sintetizar las opciones terapéuticas farmacológicas para los pacientes con NPA

## **METODOLOGÍA**

Se realizó una revisión narrativa de la literatura con un enfoque descriptivo y síntesis para esta investigación que estuvo orientada a describir la evidencia científica actual sobre las NPA más frecuentes durante la práctica clínica.

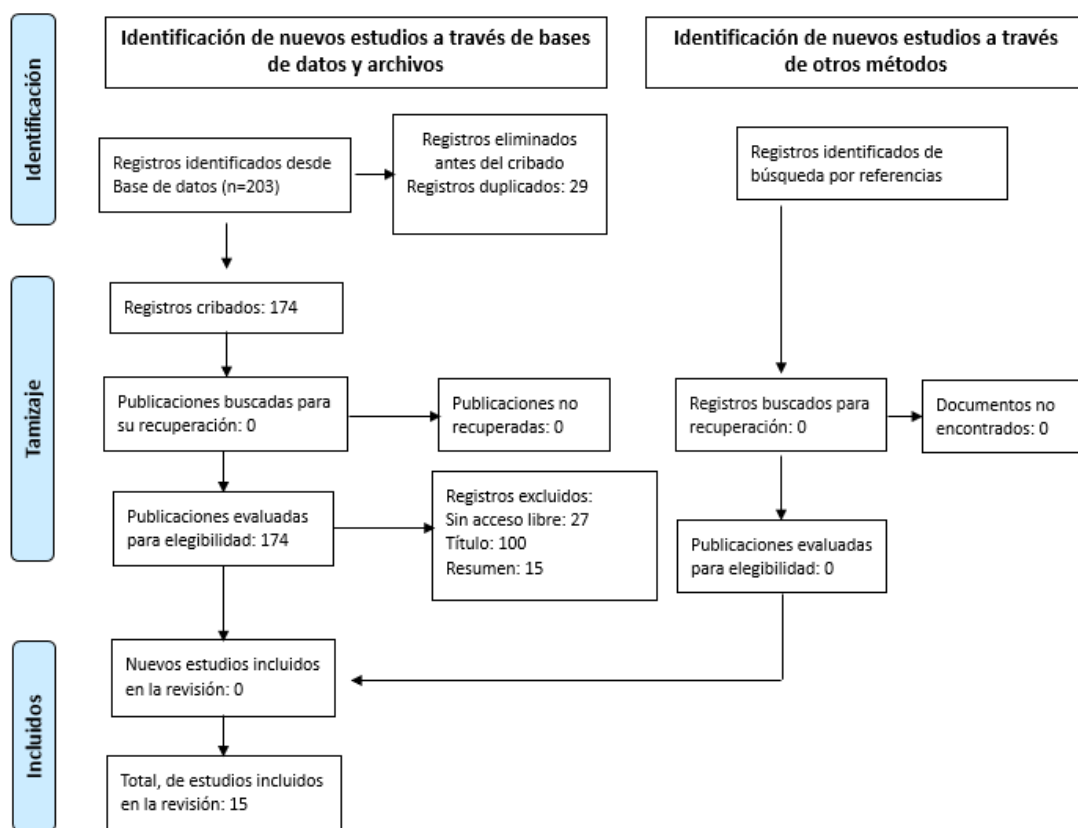
La búsqueda de la bibliografía se realizó desde el 5 de diciembre 2025 en bases de datos de Scopus, Scielo y Google Académico con el uso de palabras clave como “neuropatías periféricas”, “neuropatía diabética”, “síndrome de Guillan Barré”.

Los criterios de inclusión fueron: artículos en inglés o español; artículos publicados en los últimos 5 años; libros publicados en los últimos 10 años; artículos de reporte de caso, revisión sistemática o metaanálisis. Criterios de exclusión: artículos sin acceso libre.

La búsqueda inicial identificó a 203 artículos científicos que fueron sometidos a los criterios expuestos, obteniendo los siguientes resultados de descarte: 18 en otro idioma, 27 no tuvieron acceso libre, 29 duplicados, 100 por título, 15 por abstract. Se incluyeron 14 estudios a esta investigación.

**Figura 1**

*Diagrama de flujo tipo PRISMA*



**Fuente:** elaboración propia.

## RESULTADOS

### Fisiología del sistema nervioso periférico

El sistema nervioso periférico está conformado por diversidad de neuronas que permiten realizar funciones motoras, sensitivas y autonómicas. Las neuronas son la unidad básica y funcional del sistema nervioso, están formadas por un cuerpo, un axón y varias dendritas; los axones neuronales están envueltos por la vaina de mielina, cuya función es impulsar la conducción neuronal, a su vez se encuentran rodeadas por matriz de tejido conectivo llamado endoneuro, lo que forma una fibra nerviosa; varias fibras nerviosas forman fascículos que están envueltos por perineuro; la unión de los fascículos dan origen a un nervio envuelto por una matriz de colágeno denominado epineuro, por el que circulan vasos sanguíneos y linfáticos. Los nervios periféricos tienen funciones motoras sobre la inervación de los músculos esqueléticos; sensitivos con terminaciones en la piel y órganos internos, brindando sensibilidad táctil, térmica, algica, vibratoria y propioceptiva; y finalmente, autonómica con inervación en el corazón, músculo liso y glándulas (Navarro Martín et al., 2020).

### Clasificación de la neuropatía

Imbachí Salamanca et al. (2022) menciona que las NPA se pueden clasificar según su temporalidad, afectación topográfica, síntomas asociados o por el compromiso nervioso axonal o desmielinizante, como se detalla a continuación:

**Tabla 2**

*Clasificación de las neuropatías periféricas*

|                   |                                                                       |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>Tiempo</b>     | Agudo: <4 semanas<br>Subagudo: 4 a 12 semanas<br>Crónico: >12 semanas |
| <b>Topografía</b> | Mononeuropatía<br>Mononeuropatía múltiple<br>Polineuropatía           |
| <b>Síntomas</b>   | Motores<br>Sensitivos<br>Autonómicos                                  |
| <b>Compromiso</b> | Axonal<br>Desmielinizante                                             |

**Fuente:** Imbachí Salamanca et al. (2022).

Se recalca que la mononeuropatía se define como la afectación de un solo nervio periférico, la mononeuropatía múltiple afecta a varios nervios no contiguos por lo que su patrón es asimétrico, mientras que la polineuropatía a nervios contiguos con patrón bilateral y simétrico (Imbachí Salamanca et al., 2022).

A continuación, se detallan las NPA más frecuentes según el National Institute of Neurological Disorders and Stroke 2025:

### **Meralgia parestésica**

La meralgia parestésica es una mononeuropatía con síntomas sensoriales que afecta al nervio cutáneo femoral lateral, frecuentemente esta región es susceptible a traumatismos, atrapamiento e inflamación. Su incidencia está en 32 por cada 100.000 pacientes por año, los principales factores de riesgo identificados son la obesidad, diabetes, edad avanzada, trauma, masas pélvicas y retroperitoneales. Se manifiesta clínicamente con entumecimiento, dolor en la región anterolateral del muslo que aumenta con la bipedestación y en raros casos alopecia de la zona afectada. Su diagnóstico es clínico y se complementa con electromiografía y ecografía. El tratamiento es conservador en el que incluye reducción de peso corporal, fortalecimiento de músculos abdominales, terapia física y evitar compresión local, se reporta resolución en el 85% de los casos; y quirúrgico, cuando el tratamiento conservador no es suficiente, como primera línea se indica el bloqueo nervioso periférico con analgésicos y corticoides guiados por ultrasonografía (Solano Villalobos et al., 2023).

### **Síndrome de Guillain Barré**

Quijano Constain et al. (2025) afirma que actualmente se denomina síndrome de Landry-Guillain-Barré-Strohl (SLGBS) reconocido como un grupo de neuropatías periféricas con base inmunológica que incluye variantes como la polineuropatía inflamatoria desmielinizante aguda (PIDA), la neuropatía axonal motora aguda (NAMA), neuropatía axonal motora y sensitiva aguda (NAMS) y el síndrome de Miller Fisher (SMF). Su mecanismo fisiopatológico está asociado a una respuesta del sistema inmunitario dirigido contra los gangliósidos GM1, GQ1b o GD1a, lo que manifiesta la variabilidad clínica con el compromiso motor o sensitivo.

Se presenta clínicamente como una polirradiculoneuropatía periférica de carácter agudo con síntomas motores, sensitivos y compromiso desmielinizante. Sus manifestaciones son ataxia, parestesias, parálisis ascendente que conlleva a cuadriplejía y parálisis respiratoria. Hasta el 70% de los casos está

precedido por una infección viral o bacteriana hace 6 semanas con agentes implicados como *Campylobacter jejuni*, Citomegalovirus, Virus Epstein-Barr, VIH, *Mycoplasma pneumoniae* y Zika (Quijano Constain et al., 2025).

El diagnóstico de SLGBS es clínico respaldado con el estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR) con disociación albumina-citológica, sin embargo, los valores normales de proteínas no descartan el diagnóstico, ya que se reporta en el 30-50% de los pacientes durante la primera semana y del 10-30% en la segunda semana de la enfermedad. Los estudios de laboratorio como hemograma, bioquímica sanguínea, función renal y hepática están enfocados a excluir otras causas como infecciones o disfunción metabólica. El estudio de los niveles séricos de anticuerpos antigangliósido es limitado y el resultado negativo no descarta el SLGBS, no obstante, es importante mencionar que se ha reportado que hasta el 90% de los casos de SMF los anticuerpos GQ1b son positivos, teniendo un mayor valor diagnóstico ante un paciente con clínica de oftalmoplejía, ataxia y arreflexia. No se requieren estudios electrodiagnósticos de rutina, a excepción en manifestaciones atípicas en las que se revelará velocidades de conducción reducidas, amplitudes evocadas sensoriales-motoras reducidas y bloqueos parciales de la conducción motora (Morocho Anchatuña et al., 2023).

Todo paciente con sospecha de SLGBS requiere de hospitalización para su tratamiento y si cumple con los siguientes criterios debe ser admitido en la unidad de cuidados intensivos: cuadriparesia flácida, debilidad rápidamente progresiva, reducción de capacidad vital, parálisis bulbar e inestabilidad autonómica (Expósito et al., 2022).

Mayorga Cerón (2025) afirma que el tratamiento farmacológico está enfocado en bloquear la respuesta autoinmunitaria, por lo que se indica inmunoglobulina intravenosa 2 g/kg/dosis repartida en 5 días (400 mg/kg/día), el uso de plasmaféresis se administra cuando no hay respuesta al tratamiento inicial.

### Neuropatía diabética

La neuropatía diabética (ND) es la complicación neurológica más frecuente en pacientes con diabetes con una prevalencia del 16%, del cual el 75% corresponde con la categoría de polineuropatía distal simétrica (PNDS). Esta afectación se debe a la acumulación de metabolitos tóxicos duran la hiperglucemia mantenida, la glucosa se acumula en las células nerviosas generando sorbitol, asociado a daño celular (Díaz Greene et al., 2024). Por su parte, Espinales-Casanova et al. (2022) agrega la dislipidemia, índice de masa corporal (IMC) elevado e hipertensión arterial como factores de riesgo para la ND.

**Tabla 2**

*Clasificación de la ND*

|                   |                                     |                               |
|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| Neuropatía difusa | PNDS                                | Fibras pequeñas               |
|                   |                                     | Fibras grandes                |
|                   |                                     | Mixta (Más común)             |
|                   | Autonómica                          | Cardiovascular                |
|                   |                                     | Gastrointestinal              |
|                   |                                     | Urogenital                    |
|                   |                                     | Disfunción sudomotora         |
|                   |                                     | Inconsciencia de hipoglucemia |
|                   |                                     | Función anormal de la pupila  |
| Mononeuropatía    | Nervio craneal o periférico aislado |                               |
|                   | Mononeuritis múltiple               |                               |
| Radiculopatías    | Radiculopatía torácica              |                               |

|                          |
|--------------------------|
| Neuropatía radiculoplexa |
|--------------------------|

**Fuente:** Díaz Greene et al. (2024).

La PNDS de fibras finas es la más frecuente, provoca dolor caracterizado por parestesia, alodinia, hiperpatía y nula respuesta a antiinflamatorios no esteroideos (AINES). La explicación radica en que las fibras finas tienen terminales aferentes con señales térmicas y nociceptivas; terminales eferentes con fibras motoras y autonómicas que tienen funciones vegetativas. Por lo tanto, el diagnóstico es clínico y se complementa con los potenciales evocados térmicos y microrregistro neurofisiológico con el Quantitative Sensory Test, no obstante, el gold standard es la biopsia cutánea con recuento de fibras intraepidérmicas (Gómez Esteban et al., 2022).

Espinales-Casanova et al. (2022) mencionan que la neuropatía autonómica cardiovascular diabética es uno de los subtipos más importantes y subestimados de la ND autonómica, suele afectar al 7% de pacientes con DM, de los cuales el 25% se presentan en DM tipo I y el 33% en DM tipo II. Se debe considerar en etapas tardías de la enfermedad y después de excluir otras causas, se manifiesta con taquicardia de reposo, intolerancia al ejercicio, fatiga, hipotensión postural, síncope e infarto de miocardio asintomático. Su diagnóstico se realiza con cinco pruebas no invasivas denominadas las pruebas de reflejos autonómicos cardiovasculares que valora la frecuencia cardiaca latido a latido, con bipedestación y a la maniobra de Valsalva, respuesta de la presión arterial sistólica a la bipedestación y diastólica al ejercicio isométrico.

La complicación neurooftalmológica más frecuente es la retinopatía diabética, sin embargo, se ha descrito casos de parálisis oculomotora microvascular como el que reportaron Villegas-Parra & Londoño-Cossio (2024) a propósito de un caso sobre un paciente de 65 años con manifestaciones de blefaroptosis izquierda, paresia del III y IV nervio craneal. El autor recalca que se descartó en etapas iniciales otras causas compresivas y aneurismáticas por estudios imagenológicos, mostrando que estos casos son raros en la práctica clínica con una incidencia de 4 personas por cada 100.000 habitantes en Estados Unidos, y es más frecuente en mujeres mayores de 59 años.

El manejo de la ND es la prevención con el control óptimo de la glucemia que incluya modificaciones sobre el estilo de vida, de hecho, una dieta baja en calorías y grasas en acompañamiento del ejercicio físico de resistencia ha demostrado regeneración de las fibras nerviosas. Para el manejo del dolor resulta eficaz duloxetina con dosis máxima de 120mg/día como primera línea y pregabalina considerando su dosis máxima de 300mg/día como segunda línea, estos fármacos han demostrado buena tolerancia y analgesia de hasta el 60% (Díaz Greene et al., 2024).

La ND está asociada a una mala calidad de vida hasta en un 19.3% de pacientes que padecen DM según el cuestionario SF-36 que mide la función y rol físico, salud general, rol emocional, salud mental y vitalidad percibida (Méndez Vega & Calderón Juárez, 2026).

## **DISCUSIÓN**

Las NPA son un grupo variado de trastornos neurológicos con gran importancia clínica por su alta prevalencia y por el impacto de vida, económico y social del paciente que la padece. La evidencia ha demostrado que las NPA son una complicación de enfermedades sistémicas de base, especialmente de DM como mencionan Hammi y Yeung (2022). Es así, que son un problema de salud pública que irá en aumento por el envejecimiento poblacional y la alta carga de enfermedades crónicas.

Entre las NPA más frecuentes se encuentran la meralgia parestésica como una mononeuropatía con alta tasa de resolución con medidas conservadoras. Además, su asociación a patologías metabólicas

como la obesidad y la diabetes evidencian la importancia de la intervención temprana con medidas no farmacológicas, como lo describieron Solano Villalobos et al. (2023).

Por otro lado, el SLGBS representa una entidad aguda que resulta grave, lo que destaca el reconocimiento temprano y el manejo hospitalario especializado de forma oportuna. La evidencia científica ha demostrado que el antecedente más prevalente es la infección viral o bacteriana que desencadena el mecanismo autoinmunitario de la enfermedad, como lo detallaron (Quijano Constain et al., 2025; Morocho Anchatuña et al., 2023).

La ND tiene como variante más frecuente es la PNDS, mientras que la complicación con implicaciones clínicas y pronósticas más importante es la neuropatía autonómica cardiovascular diabética como lo afirmaron Espinales-Casanova et al. (2022).

La evidencia científica ha demostrado que las NPA deben diagnosticarse oportunamente y tratarse de forma integral, sin embargo, la prevención y el control de la enfermedad de base es la medida terapéutica de elección.

### **CONCLUSIÓN**

Las NPA son un grupo heterogéneo de trastornos neurológicos que están asociados a enfermedades sistémicas de base, en especial la DM. Sus complicaciones resultan en impacto de la funcionalidad, calidad de vida y coste económico para el sistema sanitario, por lo que se considera un problema de salud pública.

Las variantes de las NPA están determinadas por la afectación de grupos de fibras nerviosas, lo que requiere de una correcta clasificación para orientar el diagnóstico clínico y su tratamiento. El SLGBS y la meralgia parestésica son las NPA más frecuentes en la práctica clínica.

El diagnóstico y control oportuno de las enfermedades de base permiten reducir la progresión de las NPA y sus complicaciones que están asociadas a discapacidad y muerte.

Finalmente, se recomienda realizar un estudio de revisión bibliográfico sobre las neuropatías hereditarias, que aporten evidencia científica actual para establecer el abordaje clínico en los pacientes.

## REFERENCIAS

Hammi, C., & Yeung, B. (2022, 15 de octubre). Neuropatía. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542220/>

Imbachí Salamanca, A. J., Chito Castro, K. L., Orozco Burbano, J. D., & Zamora Bastidas, T. O. (2022). Neuropatías periféricas, un enfoque multidimensional y práctico de una compleja condición. *CES Medicina*, 36(1), 46–58. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.6250>

Solano Villalobos, M., Elescano Delgado, J., & Rodríguez Jarquín, D. (2023). Meralgia parestésica: manejo y tratamiento. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 7(1), 79–86. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v7i1.588>

Alcívar Alcívar, D. J., & Alvarado Cruz, M. S. (2021). PREVALENCIA DE NEUROPATÍA PERIFÉRICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. Repositorio Digital UNESUM. [https://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/3760/1/Alcivar.D-Alvarado.M\\_Prevalencia%20de%20neuropatía%20periférica%20en%20pacientes%20con%20diabetes%20mellitus%20tipo%202-signed-signed.pdf](https://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/3760/1/Alcivar.D-Alvarado.M_Prevalencia%20de%20neuropatía%20periférica%20en%20pacientes%20con%20diabetes%20mellitus%20tipo%202-signed-signed.pdf)

Navarro Martín, L., Alañá García, M., & Rodríguez Sánchez, C. (2020). Neuropatías periféricas. Guía de la Sociedad Española de Oncología Médica.

Quijano Constain, J. S., López Mosquera, V., Zamora Bastidas, T. O., & Dueñas, R. A. (2025). Síndrome de Guillain-Barré inducido por intoxicación con organofosforados: reporte de un caso clínico. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 11(1), 52–57. <https://doi.org/10.56239/rhcs.2025.111.914>

Morocho Anchatuña, J. R., Niola Toasa, A. G., & Robles U, M. (2023). Síndrome de Guillan-Barré: diagnóstico y tratamiento de una neuropatía inmunomediada. *Journal of American Health*, 6(1). Recuperado a partir de <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/168>

Expósito, J., Carrera, L., Natera, D., Nolasco, G., Nascimento, A., & Ortez, C. (2022). SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ Y OTRAS NEUROPATÍAS AUTOINMUNES: TRATAMIENTO ACTUAL. *Medicina Buenos Aires*, 82(3), 82–88. <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol82-22/s3/82s3.pdf>

Mayorga Cerón, R. C. (2025). Síndrome de Guillain Barré: Métodos diagnósticos y tratamiento. *Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI*, 9(1), 1–11. <https://doi.org/10.36314/cunori.v9i1.328>

Díaz Greene, E. J., Sánchez Arreguín, R., & Santibañez Silva, V. (2024). Tratamiento farmacológico en la neuropatía diabética. ¿Fantasía o realidad? *Acta Médica Grupo Ángeles*, 22(3), 290–295. <https://doi.org/10.35366/117518>

Espinales-Casanova, L., Toapanta-Pullutasig, I., Mera-Flores, RR, Mera-Flores, IP, & Sanchez-Medranda, JA (2022). NEUROPATÍA AUTONÓMICA CARDIOVASCULAR DIABÉTICA. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 20 (2), 70-80.

Gómez Esteban, J. C., Tijero Merino, B., Teixeira-Portas, S., & Azkue, N. (2022). Estudio y manejo de las neuropatías de fibra fina. *Revista Kranion*, 17(3). <https://doi.org/10.24875/kranion.m22000041>

Villegas-Parra, A. A., & Londoño-Cossio, S. C. (2024). Parálisis oculomotoras, un reporte de caso de neuropatía diabética craneal combinada o múltiple. *Iatreia*, 37(3). <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.252>

Méndez Vega, M., & Calderón Juárez, A. L. (2026). Asociación de Neuropatía Periférica en Pies y Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Tipo 2. *Ciencia Latina Revista Multidisciplinar*, 9(6). <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/21903>

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons .