

POLINEUROPATIA PARANEOPLÁSICA

POR: DIEGO FABRICIO GONZÁLEZ MELLANES

Se refiere al daño nervioso en el cáncer que no es causado por la propagación directa del cáncer en el nervio, la toxicidad de los tratamientos, el trastorno metabólico, las infecciones por virus ni otras causas obvias.

Clínicamente la polineuropatía paraneoplásica se caracteriza por el desarrollo subagudo de alteraciones asimétricas sensoriales como dolor, parestesias y entumecimiento que afecta distalmente a las extremidades, puede preceder en más de un año al diagnóstico del cáncer. Los Síndromes Neurológicos Paraneoplásicos del sistema Nervioso Periférico incluyen trastornos de las raíces, plexos, nervios periféricos, unión neuromuscular y músculo



NEURONOPATÍA SENSITIVA PARANEOPLÁSICA

- También conocida como ganglionopatía sensitiva.
- Se debe a destrucción de las neuronas en el ganglio de la raíz dorsal, en donde se ha demostrado infiltración por células mononucleares, degeneración neuronal y cuerpos de Nageotte, puede presentarse de manera aislada o frecuentemente como parte de panencefalomielitis.

ASPECTOS CLÍNICOS

- Clínicamente, el cuadro tiene inicio agudo o subagudo, manifestado por dolor y parestesias, pérdida sensitiva inicialmente asimétrica, que puede simular radiculopatía o polineuropatía, generalmente en miembros superiores.
- Ocasionalmente, existe afección de nervios motores, en cuyos casos, se ha demostrado la presencia de degeneración axonal y desmielinización además de pérdida de neuronas ganglionares sensitivas con positividad para otros anticuerpos: anfifisina



A la exploración física existe pérdida de propiocepción y/o nocicepción, hipo o arreflexia, ataxia apendicular.

Los síntomas progresan en semanas, involucrando extremidades, tórax e incluso nervios craneales llevando a la incapacidad entre los seis a nueve meses.

Eventualmente, existen anomalías en todas las modalidades de sensibilidad, resultando en ataxia limitante, movimientos pseudoatetósicos y dolor neuropático.

Tabla 1

Abordaje del paciente con sospecha de neuropatía sensitiva paraneoplásica sin y con cáncer conocido

<i>Cáncer no conocido</i>	
<i>Características clínicas</i>	<i>Inicio subagudo, progresión rápida.</i>
<i>Estudios de LCR</i>	<i>Células inflamatorias, índice de IgG, bandas oligoclonales.</i>
<i>Estudios séricos</i>	<i>Anticuerpos antineuronales (anti-Hu), marcadores tumorales Inmunoelectroforésis en sangre y orina.</i>
<i>Estudios neurofisiológicos</i>	<i>Estudios de conducción nerviosa, potenciales sensitivos, electromiografía,* prueba de electroestimulación repetitiva.**</i>
<i>Factores de riesgo para neoplasia</i>	<i>Tabaquismo, historia familiar.</i>
<i>Descartar malignidad</i>	<i>Examen físico, TAC tórax, mamografía, examen pélvico (USG, TAC o IRM), ultrasonido testicular, guayaco en heces, serie ósea. Si todo negativo, repetir en seis meses.</i>
<i>Cáncer conocido</i>	
<i>Descartar metástasis</i>	<i>IRM de sitios afectados, citología de LCR, biopsia de nervio (leucemia o linfoma).</i>
<i>Tratamiento de neoplasia</i>	<i>Quimioterapia (cisplatino, paclitaxel, docetaxel, alcaloides derivados de vinca, etc.), plexopatía post radiación.</i>
<i>Estado nutricional y metabólico</i>	<i>Diabetes, falla renal o hepática, alcoholismo, déficit de vitamina B₁₂.</i>
<i>Infecciones oportunistas</i>	<i>Plexitis braquial, Guillain-Barré.</i>
<i>Anticuerpos anti Hu</i>	
<i>Otra etiología</i>	<i>Neuropatías hereditarias, neuropatías inflamatorias autoinmunidad, etc.</i>

FACTOR DE RIESGO

- El cáncer puede asociarse con un síndrome paraneoplásico del sistema nervioso. Sin embargo, los trastornos aparecen con más frecuencia en personas con cáncer de pulmón, ovario, mama, testículos o sistema linfático.

DIAGNÓSTICO

- Para diagnosticar un síndrome neurológico paraneoplásico, debemos basarnos en un conjunto de datos que, además de los marcadores inmunológicos, incluya la clínica, el diagnóstico del tumor, la latencia entre enfermedad neurológica y oncológica, la neuroimagen, el análisis del líquido cefalorraquídeo mediante una punción lumbar y la respuesta del síndrome neurológico al tratamiento del tumor.



NEUROPATÍAS PARANEOPLÁSICAS

Generalmente se asocian a enfermedades hematológicas, por ejemplo: mieloma múltiple (MM), mieloma osteoesclerótico, paraproteinemias, linfoma y leucemias. Existen reportes en cáncer de próstata, vejiga, gástrico, mama, adenocarcinoma.

La presencia de neuropatía es más frecuente en macroglobulinemia de Waldenstrom

Tabla 2
Neuropatías paraneoplásicas

<i>Síndrome clínico</i>	<i>Tumores asociados</i>	<i>Anticuerpos</i>	<i>Respuesta a tratamiento*</i>
<i>Neuropatía sensitiva/neuropatía ataxiante</i>	<i>CCPP, discrasias plasmáticas</i>	<i>Anti Hu, anti CV2 anti anfifisina.</i>	<i>Mala respuesta</i>
<i>Polineuropatía desmielinizante aguda, plexitis braquial.</i>	<i>Linfoma de Hodgkin</i>	<i>Anti Hu, anti CV2.</i>	<i>Buena respuesta</i>
<i>Polineuropatía crónica desmielinizante</i>	<i>Mieloma osteoclástico, síndrome de POEMs, discrasias plasmáticas, linfoma, melanoma.</i>	<i>¿?</i>	<i>Buena respuesta</i>
<i>Neuropatía motora multifocal</i>	<i>Discrasias células plasmáticas.</i>	<i>¿?</i>	<i>Buena respuesta</i>
<i>Mononeuritis múltiple/neuropatía vasculítica</i>	<i>Crioglobulinemia, cáncer de pulmón, próstata, útero, riñón, gástrico, linfoma, endometrio.</i>	<i>¿?</i>	<i>Buena respuesta</i>
<i>Neuropatía de fibras delgadas/autonómica</i>	<i>Amiloidosis, discrasias plasmáticas.</i>	<i>Anti Hu.</i>	<i>Buena respuesta</i>
<i>Polineuropatía sensitiva axonal distal</i>	<i>Discrasias células plasmáticas, tumores sólidos.</i>	<i>Anti CV2, anti Hu.</i>	<i>Mala respuesta</i>

* Esteroides, azatioprina, ciclofosfamida, IVIG o plasmaféresis.

REFERENCIAS

- McLeod JG. Paraneoplastic neuropathies. In: Dyck PJ, Thomas PK (Eds). Peripheral neuropathy. Philadelphia: Saunders, 1993; 2: 1583-90.
- Antoine JC, Absi LPD, Honnorat JMD, et al. Antiampiphysin Ant bodies Are Associated With Various Paraneoplastic Neurological Syndromes and Tumors. Arch Neurol 1999; 56:172-7.