

Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica como Síndrome Paraneoplásico en cáncer renal

Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy as kidney cancer paraneoplastic syndrome

Jonathan Eberle, Rodolfo Rivadera, Carlos David, Martín Franco, Francisco Cedeira, Diego Gancedo, Martín Leiva, Emanuel P. Martínez, Mauro Renzi, Juan Pablo Gorla, Brian Casse

Servicio de Urología. Hospital J. M. Cullen. Ciudad de Santa Fe. Argentina.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos paraneoplásicos son síndromes autoinmunitarios no metastásicos que se han asociado con varios cánceres. Los trastornos del sistema nervioso central y periférico asociados con anticuerpos paraneoplásicos son fenómenos oncológicos relativamente comunes, pero ocurren en sólo el 0,5-1% de los pacientes con carcinoma de células renales¹⁻².

Con frecuencia, estos síndromes neurológicos pueden ser el síntoma de presentación de un cáncer no diagnosticado previamente, y el estar alerta a estos puede brindar una oportunidad para la detección temprana y el tratamiento de un cáncer.

CASO CLÍNICO

Presentamos un paciente masculino de 55 años, con historia de obesidad e Hipertensión Arterial. Se presenta en julio de 2015 en servicio de Urgencias por cuadro de debilidad en miembros inferiores progresiva, de una semana de evolución.

Al examen físico se constata debilidad en miembros inferiores y reflejos osteotendinosos ausentes. Por punción lumbar y análisis de Líquido Cefalorraquídeo se constata una disociación albumino-citológica. Se diagnostica Síndrome de Guillain-Barre. Inicia tratamiento con Gama Globulina desarrollando reacción adversa a la misma con Edema Agudo de Pulmón, elevación de transaminasas y artritis. Se suspende dicha terapéutica e inicia tratamiento con Hidrocortisona.

Servicio de Neurocirugía cataloga cuadro clínico como Polineuropatía Desmielinizante Inflamatoria Crónica, ya que este se prolonga más allá de 8 semanas.

Por alteración en función renal, con creatinina de 3,14mg/dL, urea de 1,27g/l, se realiza ecografía renovesical: en tercio superior de riñón derecho, valva posterior imagen redondeada, heterogénea, hipocóica, irregular y de aspecto sólido de 54x60mm (Fig. 1). Resto de laboratorio: Glóbulos Blancos de 8930K/ μ L, Hemoglobina 10,8g/dL, Hematocrito

de 35%, Hepatograma normal, Calcemia 9,1mg/dL y Fosfatasa alcalina 208UI/L.

En tomografía computada (Fig. 2) objetivamos lesión de aspecto neo formativo de 9x7,5cm, más adenomegalias en hilio renal y trombo en vena renal que se extiende hasta porción infradiafragmática de Vena Cava Inferior (T3b/N1/M0).

Valoración cardiológica prequirúrgica ASA IV. Escala MRC (Médical Research Council) Clínica de 16 puntos (severa cuadriparesia, fuerza máxima MRC grado 2).

Se decide realizar Nefrectomía Radical Derecha (Fig. 3) por abordaje anterior, más trombectomía de vena cava inferior y cavorrafia.

En tiempo intra operatorio paciente sufre cuadro de inestabilidad hemodinámica y por requerimiento de ARM (Asistencia Respiratoria Mecánica) pasa a Unidad de Cuidados Intensivos. Paciente evoluciona estable por 12 hs, en ARM, con requerimiento de inotrópicos, con tensión arterial conservada y ritmo diurético bajo (15ml/hora). En 22 horas del postoperatorio sufre bradicardia extrema, que lo lleva al paro cardiorespiratorio. Por no responder a maniobras de reanimación cardiorespiratoria y medidas farmacológicas paciente óbito.

Estudio anatomopatológico informa Carcinoma de Células Claras Renales con diámetro mayor de 6,5 cm, grado histológico ISUP/WHO IV. Características Rabdoideas presentes 30%, necrosis tumoral 30%, vía urinaria y uréter libre de compromiso. Capsula renal en contacto sin invadirla y grasa perirrenal libre. Seno renal y vena renal comprometida por neoplasia más trombo intraluminal. (pT3b/N1/M0).

DISCUSIÓN

Los síndromes paraneoplásicos se desarrolla en aproximadamente el 10-40% de los pacientes con carcinoma de células renales³. Los más comunes son disfunción hepática, hiperglucemia, hipercalcemia e hipertensión arterial. Los trastornos neuromusculares, son extremadamente raros. Curiosamente, estos síntomas preceden a la detección del cáncer en la mayoría de los pacientes con trastornos paraneoplásicos debidos a carcinoma de células renales, aunque

sus características neuromusculares no están bien descritas¹.

El papel de los anticuerpos paraneoplásicos en el carcinoma de células renales sigue sin estar claro y es un tema de investigación en curso en la literatura actual⁴. Los anticuerpos onconeurales se encuentran solo en una pequeña proporción de pacientes con cáncer que desarrollan neuropatía periférica. Sin embargo, la falta de identificación de un marcador de anticuerpos no debe excluir un proceso paraneoplásico, particularmente si la resolución del síndrome neurológico sigue a la extirpación del tumor¹.

La limitación de la nuestra presentación de caso es que no pudimos excluir la posible coincidencia de carcinoma renal y neuropatía periférica desmielinizante, ya que no fue posible realizar un seguimiento postoperatorio del paciente debido a su descenso.

Figura 1. Ecografía renovesical: en tercio superior de riñón derecho, valva posterior imagen redondeada, heterogénea, hipoeicoica, irregular y de aspecto sólido de 54x60mm.

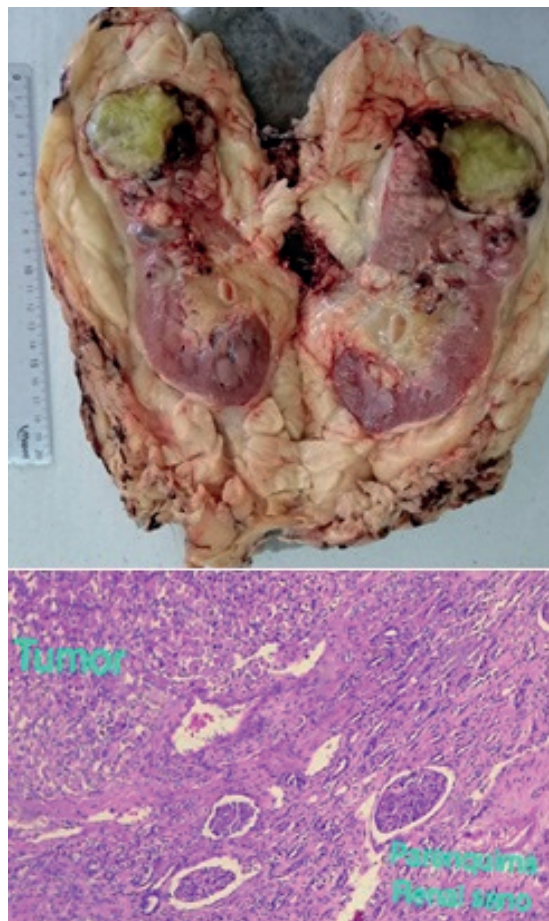


Figura 2. Lesión de aspecto neo formativo de 9x7,5cm, más adenomegalias en hilio renal y trombo en vena renal que se extiende hasta porción infradiafragmática de Vena Cava Inferior (T3b/N1/M0).

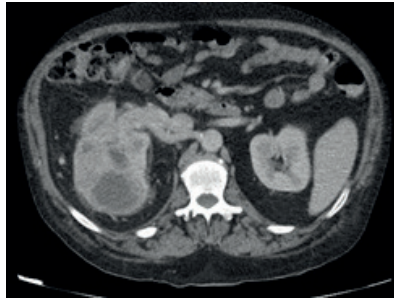
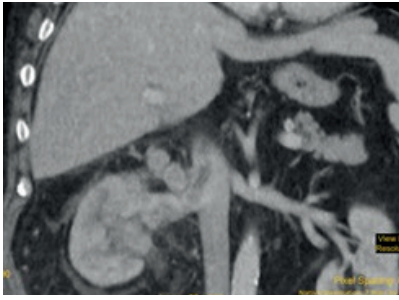


Figura 3. Imagen riñón derecho.



BIBLIOGRAFÍA

1. Yang, I., Jaros, J., & Bega, D. (2017). Paraneoplastic Peripheral Nervous System Manifestations of Renal Cell Carcinoma: A Case Report and Review of the Literature.
2. Sadeghian, H., & Vernino, S. (2009). Review: Progress in the management of paraneoplastic neurological disorders. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*.
3. Nishioka, K., Fujimaki, M., Kanai, K., Ishiguro, Y., Nakazato, T., Tanaka, R., Hattori, N. (2017). Demyelinating Peripheral Neuropathy Due to Renal Cell Carcinoma. *Internal Medicine*.
4. McHugh, J. C., Murray, B., Renganathan, R., Connolly, S., & Lynch, T. (2007). GAD antibody positive paraneoplastic stiff person syndrome in a patient with renal cell carcinoma. *Movement Disorders*.