

# NEUROLOGÍA

## POLINEUROPATÍA PERIFÉRICA ASOCIADA A ADENOCARCINOMA PULMONAR EN UN PERRO

L. Gaitero<sup>1</sup>, S. Añor<sup>1</sup>, F. García<sup>1</sup>, G. Diane<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Facultat De Veterinària - Universitat Autònoma De Barcelona

<sup>2</sup> University of California, San Diego, La Jolla, California, USA

### Caso clínico

#### Introducción

Se presentó a la consulta un Husky Siberiano, hembra de 6 años de edad por un cuadro crónico progresivo de apatía, inapetencia, debilidad y atrofia muscular generalizada de un mes de evolución, sin respuesta a tratamiento con carprofeno y prednisona.

Al examen físico general se detectó severa atrofia muscular generalizada asociada a un moderado dolor muscular, especialmente en la musculatura apendicular. Al examen neurológico se halló una postura cifótica, leve tetraparesia ambulatoria (peor en extremidades posteriores), hipotonía y dolor muscular. Se localizó lesión difusa de neurona motora inferior.

La analítica sanguínea y la ecografía abdominal resultaron normales. El estudio radiológico torácico mostró la presencia de un área focal radiopaca compatible con la presencia de una masa en el lóbulo pulmonar craneal izquierdo. El lavado broncoalveolar, análisis de líquido articular y de líquido cefalorraquídeo no detectaron anomalías. La electromiografía evidenció la presencia de actividad espontánea generalizada (potenciales de fibrilación y ondas agudas positivas) en musculatura apendicular, con predominio en las extremidades posteriores. La velocidad de conducción motora del nervio ciático-tibial mostró potenciales polifásicos y velocidad ligeramente disminuida.

Una semana tras la admisión, se realizó toracotomía exploratoria en la que se detectó un nódulo asociado al bronquio del lóbulo pulmonar craneal izquierdo, procediéndose a lobectomía de éste. Conjuntamente, se tomaron biopsias de los músculos cuádriceps,

tibial craneal y tríceps derechos y del nervio peroneo derecho.

Histopatológicamente se diagnosticó un adenocarcinoma pulmonar y una neuropatía degenerativa axonal inespecífica. El diagnóstico presuntivo fue de polineuropatía paraneoplásica asociada a adenocarcinoma pulmonar.

Tras el alta hospitalaria y la administración de prednisona (2 mg/kg/d 15 días; 1 mg/kg/d mantenimiento) se observó mejoría progresiva del cuadro clínico. Pese a esto, el animal empeoró súbitamente a los 4 meses de la cirugía. En ese momento, la radiografía torácica evidenció la presencia de múltiples nódulos pulmonares y se optó por la eutanasia del animal.

#### Discusión

Aunque resulta complicado el diagnóstico etiológico preciso, las polineuropatías periféricas son frecuentes en medicina veterinaria. Dentro de las clasificadas como crónicas progresivas existe gran variedad de etiologías: endocrinas, infecciosas, inmunomediadas, neoplásicas, tóxicas, congénitas-hereditarias e idiopáticas. Por lo tanto, el protocolo diagnóstico es muy amplio y requiere la integración de numerosos procedimientos: analíticas sanguíneas, radiografías torácicas y ecografías abdominales, hasta llegar a la realización de estudios electrofisiológicos combinados con biopsias de músculo y nervio periférico.

El concepto de síndrome paraneoplásico incluye aquellos signos clínicos consecuencia de la afección de un órgano o tejido alejado de una neoplasia maligna o de sus metástasis. La mayoría de los que afectan al sistema nervioso tienen

una base inmunomediada.

En medicina humana, están ampliamente descritos y relacionados clínicamente con la neoplasia primaria. Incluso se han identificado anticuerpos específicos asociados a cuadros clínicos y a grupos de neoplasias concretas. Al igual que en personas, la mayoría de los casos en el perro afectan al sistema nervioso periférico y son más frecuentes en las neoplasias pulmonares.

En el caso descrito, los hallazgos electromiográficos sugieren la presencia de una lesión periférica axonal (motora) y desmielinizante, confirmada histopatológicamente como una degeneración axonal distal. En ausencia de otras posibles etiologías, consideramos el diagnóstico de una polineuropatía paraneoplásica secundaria al adenocarcinoma pulmonar como el más probable.

La resolución o tratamiento de la neoplasia debería resolver la neuropatía asociada. En este caso hubo mejoría clínica inicial tras la exéresis de la masa pulmonar y empeoramiento posterior al identificar metástasis. Debido a la supuesta base autoinmune, la utilización de inmunosupresores podría resultar conveniente. En el caso que nos ocupa, determinar qué parte de la mejoría clínica es debida a la exéresis de la neoplasia y cuál a la corticoterapia resulta difícil, pero hay que considerar la no respuesta previa con corticoterapia inmunosupresora.

*Bibliografía en Libro de Ponencias y Comunicaciones 40 Congreso Nacional AVEPA.*

