

Déficit neurológico agudo en paciente oncológico

Andrea Bailén Vergara

R3 Pediatría HGUA

Sección de Neuropediatría y Oncología Pediátrica

Caso clínico

16 años → Dx
mayo 2016
Linfoma
linfoblástico T

Fase
consolidación:
Metotrexato
(MTX) iv + TIT 1
semana antes

Hemiparesia
MSI
progresiva+
parestesias

Exploración física



Debilidad MSI distal



Reflejo cutáneo-plantar extensor izquierdo



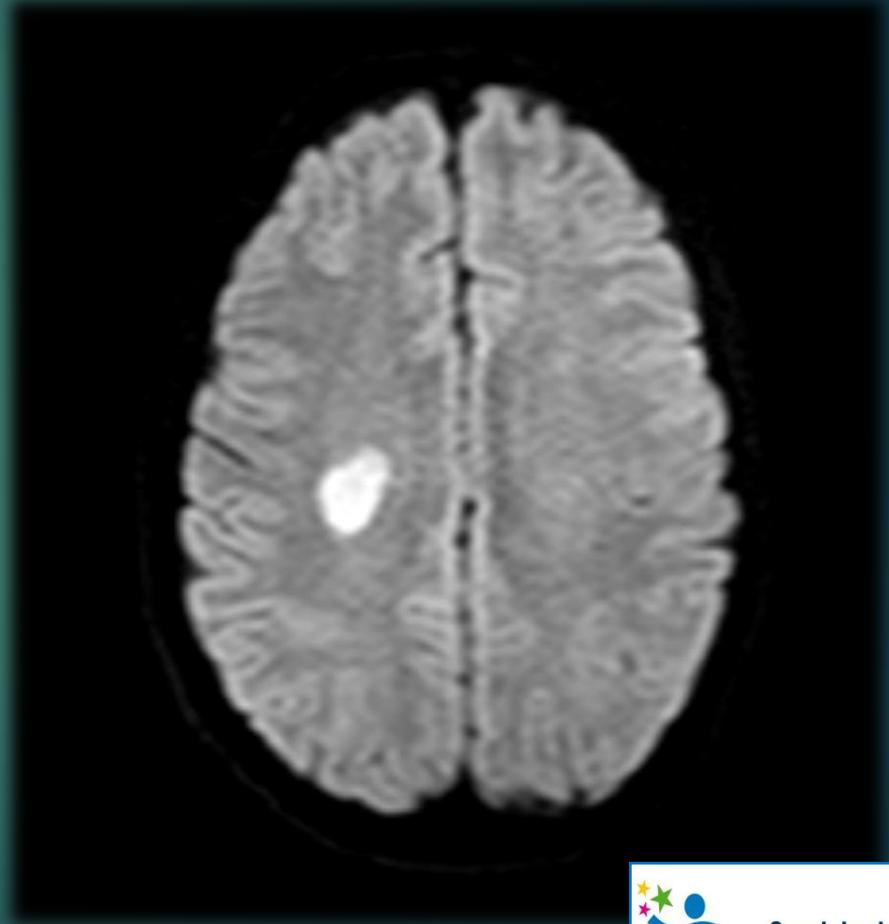
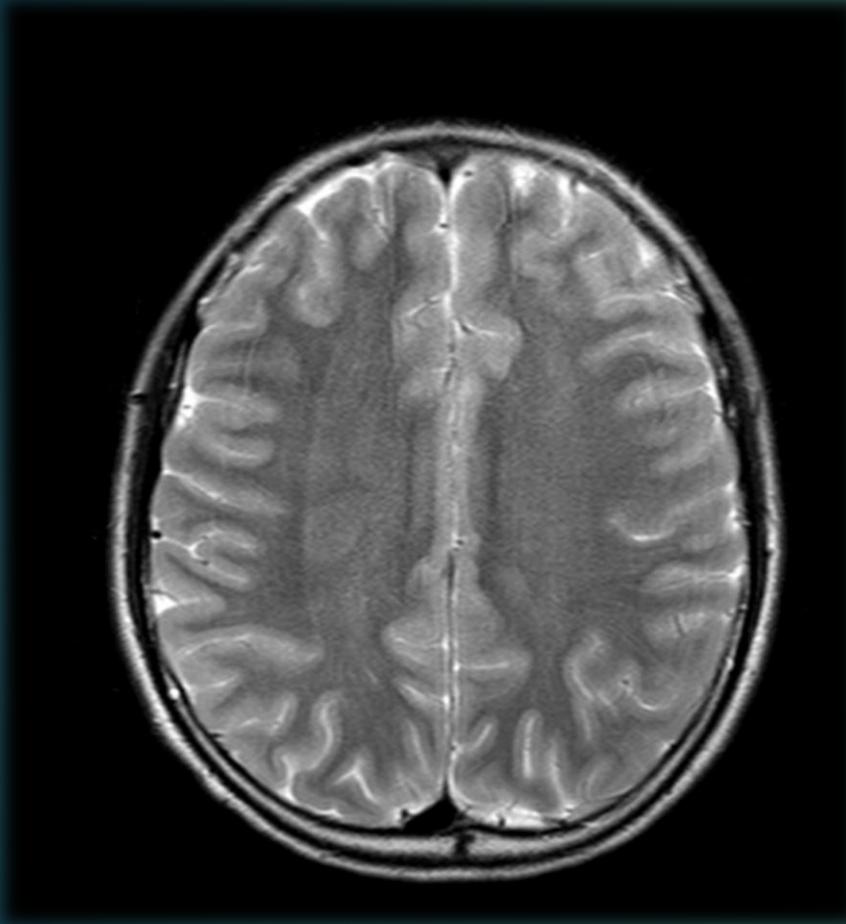
Paresia facial supranuclear izquierda

Analítica sangre y coagulación normal

Sospecha diagnóstica

- ▶ Neurotoxicidad farmacológica por Metotrexato
- ▶ Ingreso y tratamiento con dextrometorfano
- ▶ Mejoría clínica en las siguientes horas

Pruebas complementarias II



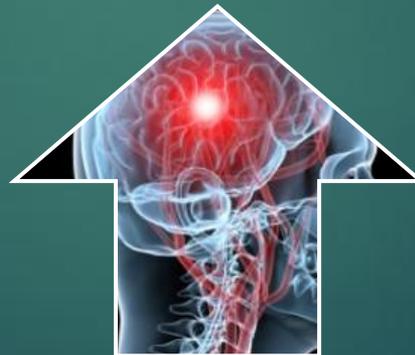
- Angio-RNM de polígono de Willis normal

Diagnóstico diferencial



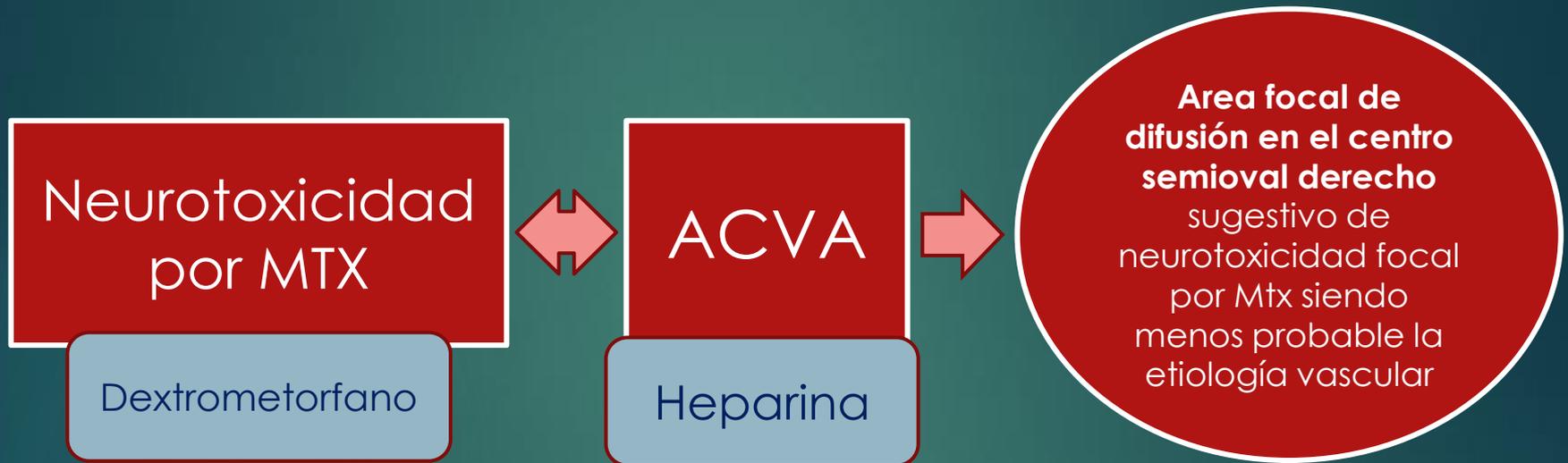
¿Vascular?

¿Toxicidad
farmacológica?



- Infecciosa
- Desmielinizante
- Progresión tumoral

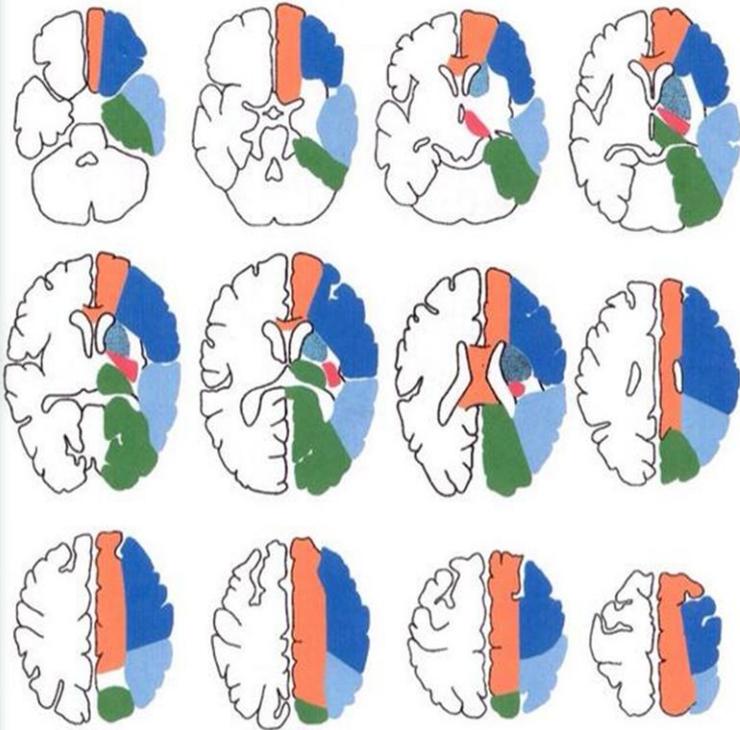
Evolución y tratamiento



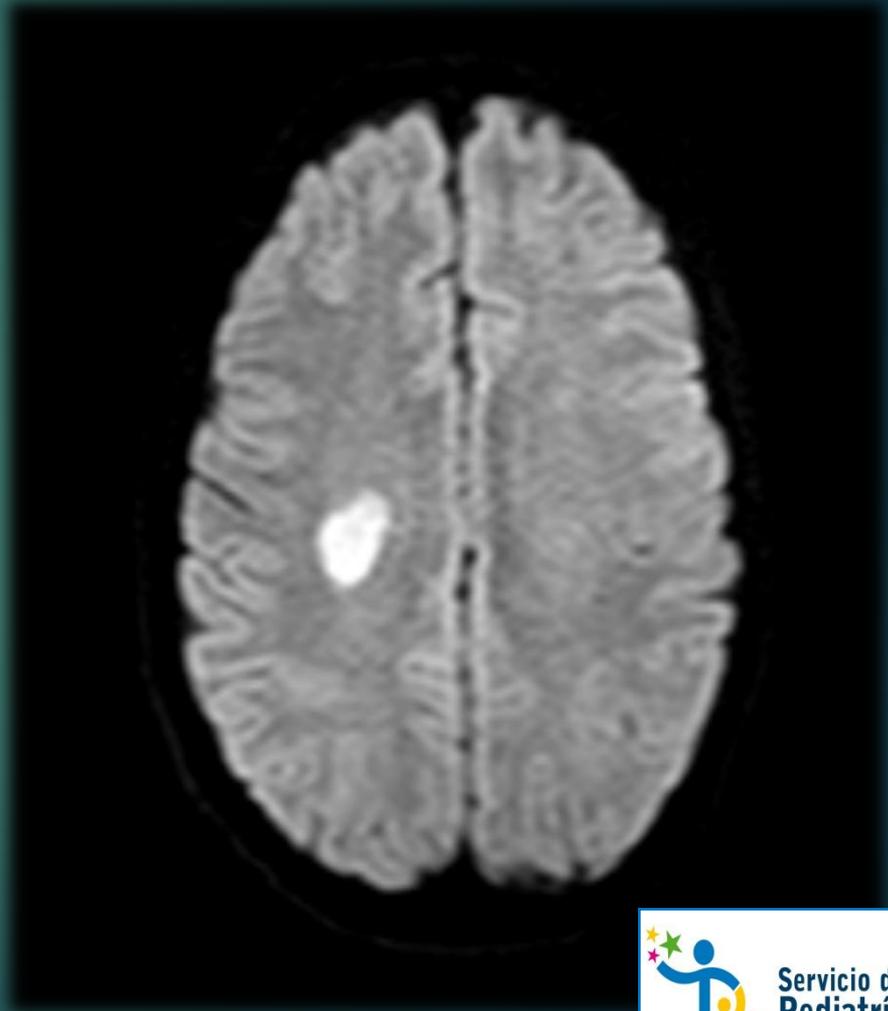
Mejoría clínica progresiva → 48h alta con recuperación completa

Diagnóstico diferencial II

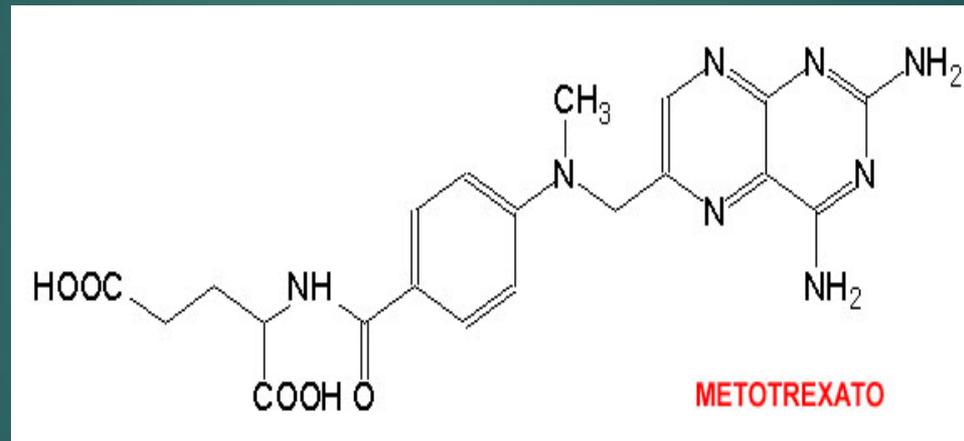
Vascular Territories



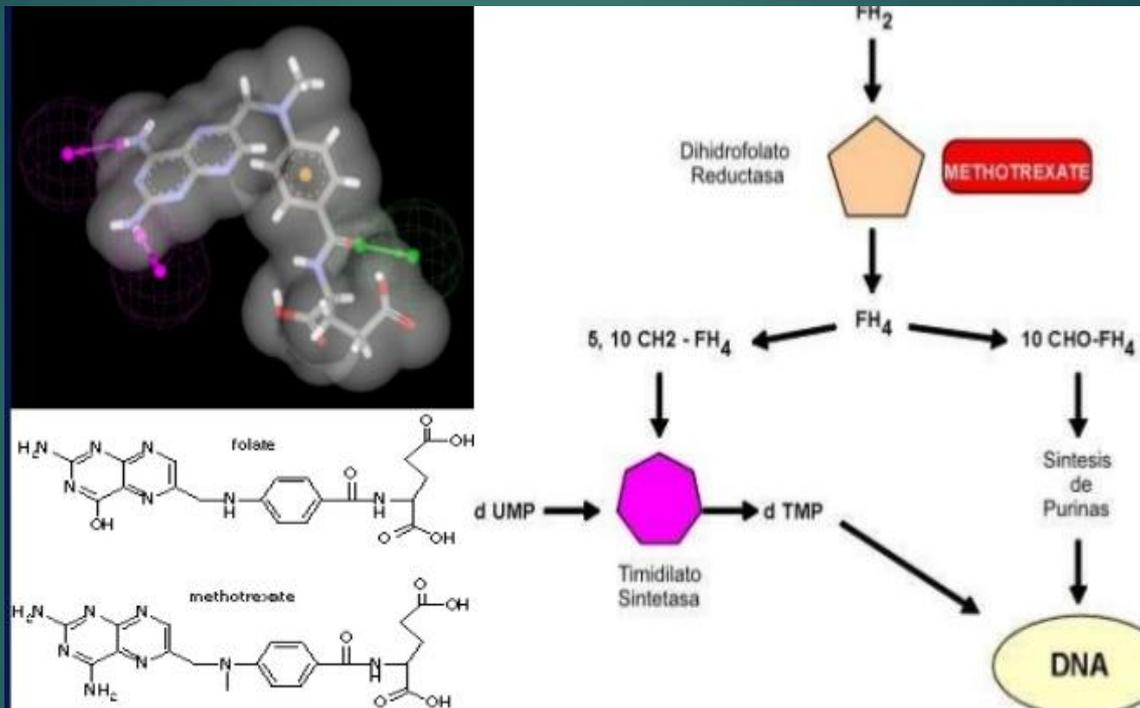
- Middle Cerebral Artery: Superior Division
- Middle Cerebral Artery: Inferior Division
- Middle Cerebral Artery: Lenticulostriate
- Posterior Cerebral Artery
- Anterior Cerebral Artery
- Anterior Choroidal



Neurotoxicidad por Metotrexato



Metotrexato



Fisiopatología

- ▶ Poco conocida → mecanismo multifactorial
- ▶ ↑ Riesgo mutaciones gen de MTHFR



Leucoencefalopatía transitoria o persistente

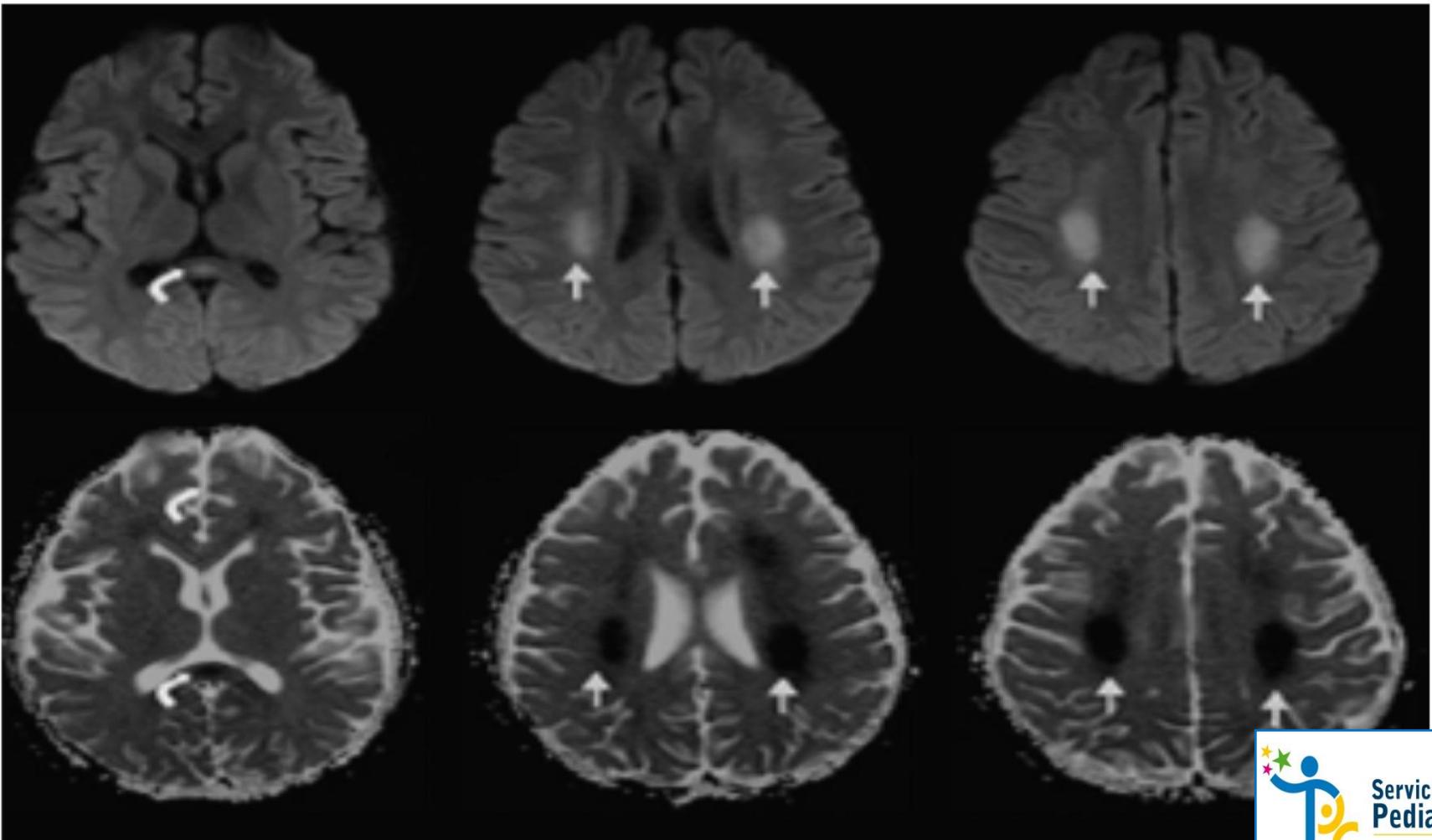
Clínica

Neurotoxicidad por metotrexato en pacientes pediátricos. Descripción de los síntomas clínicos y hallazgos neurorradiológicos

Montserrat García-Puig, M. Carmen Fons-Estupiña, Susana Rives-Solà, Rubén Berrueco-Moreno,
Ofelia Cruz-Martínez, Jaume Campistol

AGUDA	SUBAGUDA	CRÓNICA
<ul style="list-style-type: none">✓ < 48h✓ 3-15 % tto altas dosis✓ Somnolencia, convulsión y confusión✓ Reversible	<ul style="list-style-type: none">✓ Días o semanas✓ Clínica ACVA (hemiparesia y alteraciones del lenguaje)✓ Puede ser grave pero reversible	<ul style="list-style-type: none">✓ Meses o años✓ Intensidad variable✓ Cambios personalidad, deterioro cognitivo✓ Progresiva

Diagnóstico



Tratamiento



- ▶ Aminofilinas
- ▶ Dosis extra rescate ácido folínico
(¿riesgo disminuir eficacia tratamiento?)
- ▶ Dextrometorfano

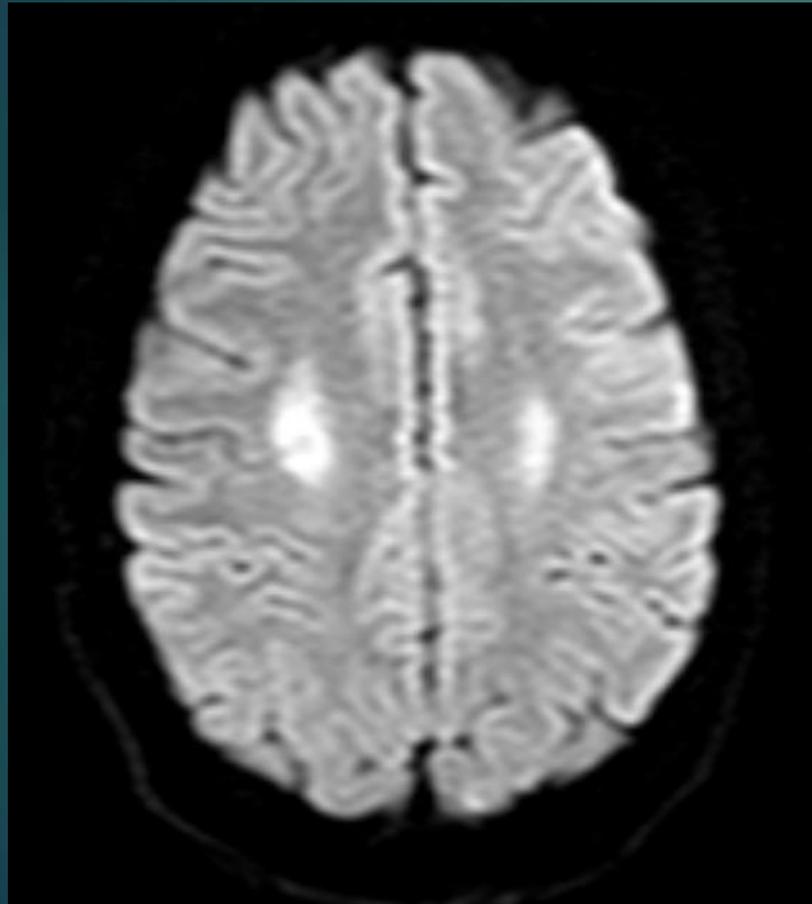
Pediatric Hematology and Oncology, 19:319–327, 2002
Copyright © 2002 Taylor & Francis
0888-0018/02 \$12.00 + .00
DOI: 10.1080/08880010290057336

Taylor & Francis
healthsciences

**DEXTROMETHORPHAN IS EFFECTIVE IN THE TREATMENT
OF SUBACUTE METHOTREXATE NEUROTOXICITY**



¿Cuál es nuestra experiencia?



CASO 1

Adolescente 16 a → Linfoma Burkitt

Disartria + hemiparesia MSI

RNM cerebral

Fluctuación clínica y mejoría progresiva

Tratamiento con dextrometorfano

¿Cuál es nuestra experiencia?

CASO 2

Niño 6^º diagnóstico de LAL en fase consolidación

- Junio clínica neurológica aguda: RNM normal
- Agosto episodio movimientos tónico-clónicos
MSI: tac normal y EEG normal
- Octubre sospecha previa: RNM normal

Tratamiento preventivo Dextrometorfano

Paciente oncológico con déficit neurológico agudo...

Factores riesgo +
Clínica

Tabla 1. Toxicidades neurológicas más importantes de los distintos fármacos antitumorales

Fármacos	Neuropatía periférica	Encefalopatía aguda	Encefalopatía crónica	Mielopatía	Síndrome cerebeloso	Trastornos vegetativos	Hipertensión intracraneal	Síndrome meníngeo
Cisplatino	X	X (*)		X (&)				
Oxaliplatino	X			X (&)				
Vincristina	X					X		
Taxol	X	X		X (&)				
Metotrexato		X	X	X (&)				X (S)
Fluorouracilo		X	X	X (S)	X			
Citarabina	X	X			X			X (S)
Ifosfamida	X	X						
Procarbamina	X	X						
Asparaginasa		X						
Interferón		X (S)						
Suramina	X							
Talidomida	X							
Tretinoína							X	
Imatinib							X	
Bortezomib	X (=)							

¿Pruebas complementarias?

- Análítica sangre
- Coagulación
- Prueba imagen

Actitud y tratamiento

- Tratamiento específico
- Anticoagulación

Conclusiones

- ▶ Pacientes oncológicos en tratamiento con quimioterapia, la clínica neurológica puede tener diferentes causas
- ▶ La administración intratecal de metotrexato parece tener más potencial neurotóxico
- ▶ Reconocer y caracterizar de forma precoz, clínicamente como por neuroimagen, puede evitar al paciente la realización de pruebas invasivas y acciones terapéuticas innecesarias
- ▶ Espectro clínico es muy variable
- ▶ Casos en niños, las alteraciones neurológicas por MTX remiten tras retirar el fármaco y no quedan lesiones neurológicas irreversibles