

Ganglionopatia como manifestação inicial de neoplasia pulmonar: relato de caso

Ganglionopathy as the initial manifestation of neoplastic lung disease: a case report

Caio Ribeiro Azevedo Gomes¹, Bruno Nogueira Silva¹, Gustavo Carneiro Ferrão¹, Andressa Sílvia Faé Nunes¹, Arquimedes de Moura Ramos², Tae Mo Chung³, Lucas Martins de Exel Nunes²

RESUMO

A ganglionopatia é uma entidade rara que consiste na afecção dos neurônios sensitivos da raiz dorsal, fazendo parte do grupo das polineuropatias periféricas do tipo exclusivamente sensitivo com comprometimento axonal e tendo seu diagnóstico feito através de estudo eletroneuromiográfico. A associação entre a ganglionopatia e outras patologias como neoplasias, doenças autoimunes, doença celíaca, entre outras é amplamente citada na literatura. O objetivo deste trabalho é descrever o caso clínico de um paciente com diagnóstico de neoplasia pulmonar cuja manifestação inicial foi a ganglionopatia, incluindo a descrição detalhada do exame eletroneuromiográfico que auxiliou no processo diagnóstico do médico assistente. Concluímos ser importante que o médico neurofisiologista tenha em mente as possíveis causas da ganglionopatia e saiba apontar o médico assistente para que a investigação possa ser realizada de maneira completa e precoce.

Palavras-chave: Polineuropatias, Neoplasias Pulmonares, Relatos de Casos

ABSTRACT

Ganglionopathy is a rare condition defined by an injury to the sensory neurons in the dorsal root ganglion. This disease belongs to a group of peripheral polyneuropathies with an exclusively sensory and axonal pattern and its diagnoses can be made by an electromyoneurographic study. The association between ganglionopathy and other underlying pathologies, such as some types of cancer, autoimmune diseases, and celiac disease is often mentioned in published studies. The purpose of this report was to describe the case of a patient suffering from ganglionopathy including a detailed discussion of the electromyoneurographic study that led the attending physician to a diagnosis of neoplastic lung disease. The conclusion therefore was that it is important for the neurophysiology specialist to keep in mind the possible causes of ganglionopathy and, through this diagnosis, to help the attending physician in making an early and full workup of the patient.

Keywords: Polyneuropathies, Lung Neoplasms, Case Reports

¹ Médica Fisiatra, Residente de Neurofisiologia Clínica do HCFMUSP.

² Médico Fisiatra e Neurofisiologista do IMREA - HCFMUSP.

³ Médico Fisiatra e Neurofisiologista do IMREA - FMUSP, chefe do serviço de Neurofisiologia do IMREA - FMUSP.

Endereço para correspondência:
Instituto de Medicina Física e Reabilitação
Lucas Martins de Exel Nunes
Rua Domingo de Soto, 100
CEP 04116-040
São Paulo - SP
E-mail: lucas.nunes@hc.fm.usp.br

Recebido em 14 de Outubro de 2015.
Aceito em 04 Novembro de 2015.

DOI: 10.5935/0104-7795.20150040

INTRODUÇÃO

A ganglionopatia é uma entidade rara que consiste na afecção dos neurônios sensitivos da raiz dorsal, causando alterações, predominantemente, sensitivas acompanhadas ou não, por ataxia do tipo sensorial e hipoatividade ou abolição de reflexos tendíneos.

Essa entidade faz parte do grupo das polineuropatias periféricas do tipo exclusivamente sensitivo com comprometimento axonal e seu diagnóstico é feito através de estudo eletroneuromiográfico, no qual se evidencia redução na amplitude dos potenciais sensitivos de maneira multifocal, com pouca ou nenhuma alteração dos potenciais sensitivos e

da miografia. Não é incomum a associação entre a ganglionopatia e outras entidades como neoplasias, doenças auto imunes, doença celíaca, entre outras. Descreveremos a seguir um caso de ganglionopatia com diagnóstico eletroneuromiográfico, que levou a investigação complementar e assim, diagnóstico de neoplasia pulmonar.

Quadro 1. Neurocondução Motora - sem alterações significativas

Captação	Estímulo	Lat (ms)	Amp (mV)	Área (Mv X ms)	Vel (m/s)
Abdutor curto do polegar DMediano C8, T1	Punho	2.85	5.65	21.9	50.8
	Cotovelo	6.09	5.73	22.4	
Abdutor do Halux D Tibial L4,L5,S1	Tornozelo	4.5	9.92	23.1	42.5
	Fossa poplítea	14.4	6.94	15.8	
Abdutor do Halux E Tibial L4,L5,S1	Tornozelo	4.15	9.74	24.7	42.2
	Fossa poplítea	14.1	8.08	21.6	
	Tornozelo	3.81	3.6	15.1	
Ext curto dedos D Fibular L4, L5, S1	Cabeça da fibula	11.3	3.44	14.7	41.8
	Fossa poplítea	12.3	2.99	12.0	
	Tornozelo	3.9	2.99	12.0	
Ext curto dedos E Fibular L4, L5, S1	Cabeça da fibula	11.6	2.53	11.1	40.9
	Fossa poplítea	12.6	2.38	10.5	
	Tornozelo	3.9	2.99	12.0	

Quadro 2. Neurocondução Sensitiva - Sinais de perda axonal (redução de amplitude dos potenciais sensitivos) das fibras sensitivas dos nervos mediano, ulnar, fibular superficial e sural bilateralmente

Estímulo	Captação	Lat (ms)	Amp (µV)	Área
N. Mediano D	III dedo	3.6	4.3	2.6
N. Ulnar D	V dedo	3.25	6.3	3.5
N. Fibular sup D	Tornozelo	3.4	1.0	1.6
N. Fibular sup E	Tornozelo	3.95	1.2	0.4
N. Sural D	Panturrilha	3.5	1.3	0.2
N. Sural E	Panturrilha	3.23	1.2	0.5

Respostas Tardias - Reflexo H Ausente bilateralmente

Quadro 3. Miografia - Estudo eletromiográfico de membros inferiores e paravertebrais lombossacrais normal em repouso e com unidades motoras de morfologia normal durante recrutamento

Captação	Amplitude de MUP	Duração de MUP	Morfologia	Padrão
Vasto medial D Femoral L2-L4	N	N	N	N
Vasto medial E Femoral L2-L4	N	N	N	N
Tibial anterior D Fib prof L4, L5, S1	N	N	N	N
Tibial anterior E Fib prof L4, L5, S1	N	N	N	N
Fibular longo D Fibular sup L4-S1	N	N	N	N
Fibular longo E Fibular sup L4-S1	N	N	N	N
Gastrocnemio D Tibial S1,S2	N	N	N	N
Gastrocnemio E Tibial S1,S2	N	N	N	N
Ext longo halux D Fibular prof L4-S1	N	N	N	N
Ext longo halux E Fibular prof L4-S1	N	N	N	N
Ext curto dedos D Fibular prof L4-S1	N	N	N	N
Ext curto dedos E Fibular prof L4-S1	N	N	N	N
PVLS D	N	N	N	N
PVLS E	N	N	N	N

Apresentação do caso clínico

Identificação: S.A.F, sexo masculino, 49 anos. Queixa e duração: Dores difusas em membros inferiores há 2 anos. História pregressa da moléstia atual: dores difusas em membros inferiores, acompanhadas de parestesias em membros inferiores e membros superiores. Nega outros sintomas associados. Antecedentes Pessoais: dislipidemia, tabagismo (30 anos-maço). Medicções em uso: sinvastatina. Exame Físico: Trofismo muscular preservado com força grau IV em membros inferiores além de reflexos hipoativos e simétricos. Teste de Romberg positivo.

Eletroneuromiografia

Conclusão - Quadro eletrofisiológico compatível com polineuropatia predominante axonal sensitiva (Ganglionopatia), acometendo difusamente os membros inferiores em grau moderado pelo estudo atual.

Após o resultado do estudo eletroneuromiográfico, o médico assistente procedeu à investigação complementar, chegando ao diagnóstico de neoplasia pulmonar e atribuindo-se assim uma característica secundária a ganglionopatia (paraneoplásica).

DISCUSSÃO

Na avaliação das polineuropatias periféricas é importante que se contemple os seguintes aspectos: 1 - Tipos de fibras nervosas envolvidas: motora, sensitiva, autonômica, 2 - Distribuição do acometimento: aspectos anatómicos, 3 - Tempo de evolução: forma de início, 4 - Forma de evolução, 5 - Avaliação neurofisiológica: eletroneuromiografia, etc, 6 - História Familiar, 7 - Sintomas associados, 8 - Patologias associadas, 9 - Exposição às substâncias tóxicas e medicações, 10 - Tratamentos realizados e suas respostas, 11 - Investigação complementar.¹

Após essa análise poderemos, então, classificar a polineuropatia de acordo com seu padrão eletrofisiológico em: 1 - Polineuropatia sensitivo-motora com desmielinização uniforme, 2 - Polineuropatia predominante de

fibras motoras, com desmielinização segmentar, 3 - Polineuropatia predominante de fibras motoras, com perda axonal, 4 - Neuronopatia Sensitiva, com perda axonal, 5 - Polineuropatia sensitivo-motora, com perda axonal, 6 - Polineuropatia sensitivo-motora, com perda mista (mielínico-axonal).²

A ganglionopatia se enquadra no grupo das neuronopatias sensitivas com perda axonal, de acordo com a classificação supra citada.

Seus sinais e sintomas contemplam manifestações dolorosas, alterações sensitivas (como por exemplo, parestesias), ataxia do tipo sensorial e diminuição dos reflexos tendíneos.^{3,4,5} O caso descrito acima possuía todas essas manifestações em algum grau, corroborando assim a hipótese diagnóstica do exame eletroneuromiográfico.

O diagnóstico diferencial deve ser feito entre a ganglionopatia e os demais tipos de polineuropatia periférica e para esse fim a eletro-neuromiografia é de vital importância. Como pudemos observar no caso relatado, o paciente possuía quadro compatível com perda axonal sensitiva.

Dentre as causas mais citadas encontramos: Síndrome paraneoplásica (TU pulmão - pequenas células/neuroendócrinas), Síndrome de Sjogren, Citopatias mitocondriais, Hereditária,

Doença Celíaca, Medicações (piridoxina, quimioterápicos), Idiopática.^{6,7,8,9}

No caso descrito a ganglionopatia foi a primeira manifestação de uma neoplasia pulmonar e auxiliou em seu diagnóstico. É sabido na literatura que a polineuropatia pode anteceder o diagnóstico de uma neoplasia em até 4.5 meses.⁴

CONCLUSÃO

É importante que o médico neurofisiologista tenha em mente as possíveis causas da ganglionopatia e saiba apontar o médico assistente para que a investigação possa ser realizada de maneira completa. Muitas vezes a primeira manifestação das entidades citadas cima é a ganglionopatia e, assim, os achados eletroneuromiográficos podem fornecer pistas valiosas para o diagnóstico etiológico e acelerar esse processo.

REFERÊNCIAS

1. Félix EDV, Oliveira ASB. Diretrizes para abordagem diagnóstica das neuropatias em serviço de referência em doenças neuromusculares. *Rev Neurocienc.* 2010;18(1):74-80.
2. Donofrio PD, Albers JW. AAEM minimonograph #34: polyneuropathy: classification by nerve conduction studies and electromyography. *Muscle Nerve.* 1990;13(10):889-903. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/mus.880131002>
3. Marquez-Infante C, Murphy SM, Mathew L, Alsanousi A, Lunn MP, Brandner S, et al. Asymmetric sensory ganglionopathy: a case series. *Muscle Nerve.* 2013;48(1):145-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/mus.23772>
4. Kuntzer T, Antoine JC, Steck AJ. Clinical features and pathophysiological basis of sensory neuropathies (ganglionopathies). *Muscle Nerve.* 2004;30(3):255-68. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/mus.20100>
5. Saperstein DS, Katz JS, Amato AA, Barohn RJ. Clinical spectrum of chronic acquired demyelinating polyneuropathies. *Muscle Nerve.* 2001;24(3):311-24. DOI: [http://dx.doi.org/10.1002/1097-4598\(200103\)24:3<311::AID-MUS1001>3.0.CO;2-A](http://dx.doi.org/10.1002/1097-4598(200103)24:3<311::AID-MUS1001>3.0.CO;2-A)
6. Hadjivassiliou M, Rao DG, Wharton SB, Sanders DS, Grünewald RA, Davies-Jones AG. Sensory ganglionopathy due to gluten sensitivity. *Neurology.* 2010;75(11):1003-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181f25ee0>
7. Dominguez-Gonzalez C, Martinez-Salio A, Gordo-Manas R, Ballesteros-Plaza L, Hernandez-Lain A, Hernandez-Gallego J. Sensory ganglionopathy as a manifestation of celiac disease. *Rev Neurol.* 2007;45(2):91-4.
8. Muppidi S, Vermino S. Paraneoplastic neuropathies. *Continuum (Minneapolis, Minn).* 2014;20(5 Peripheral Nervous System Disorders):1359-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1212/01.CON.0000455876.53309.ec>
9. Mygland A. Approach to the patient with chronic polyneuropathy. *Acta Neurol Scand.* 2007;115(Suppl. 187):15-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0404.2007.00841.x>