

Manejo de la Neuropatía después del Trasplante

Jueves 5 de mayo de 2022

Presentadora: Danielle Roberts MS, MMSc, PA-C, Programa de Trasplante de Células Madre y Médula Ósea en el Instituto de Cáncer Winship de la Universidad de Emory

La presentación dura 40 minutos con 17 minutos de preguntas y respuestas.

Resumen: La neuropatía (daño a los nervios) a veces ocurre después de un trasplante de células madre. Con mayor frecuencia afecta a las manos y los pies, pero también puede afectar a otras partes del cuerpo. Esta presentación explica qué causa la neuropatía después del trasplante y varios tratamientos disponibles para aliviarla.

Puntos Destacados:

- Hay dos tipos de neuropatía: neuropatía periférica, que generalmente afecta la sensibilidad en manos y pies, y autonómica, que puede interferir con muchas funciones corporales.
- La neuropatía periférica inducida por quimioterapia (CIPN, por su sigla en inglés) ocurre en 10 a 85 % de los pacientes, según el tipo de quimioterapia utilizada.
- La neuropatía periférica también puede ser un problema para los pacientes que tienen una forma similar a la esclerodermia de la enfermedad de injerto contra huésped (EICH) en la piel.

Puntos Clave:

(03:36): La neuropatía periférica es más común en personas mayores de 55 años y en aquellas que tienen diabetes, VIH o recibieron quimioterapia.

(05:50): Los síntomas de la neuropatía periférica incluyen hormigueo, picazón, falta de sensibilidad, frialdad, sensación de ardor, dolor punzante en las manos o los pies.

(09:24): La neuropatía autonómica es un tipo diferente de neuropatía que puede causar mareos al ponerse de pie, ojos secos, boca seca, sensación de saciedad después de comer algunos bocados, pérdida del control intestinal, incapacidad para sudar y/o disfunción eréctil.

(14:12): Informar los síntomas de la neuropatía tan pronto como se presenten es crucial y puede ayudar a prevenir una discapacidad permanente.

(27:53): Las terapias de primera línea para la neuropatía periférica incluyen analgésicos de venta libre, capsaicina y remojar los pies en agua fría.

(29:39): Los agentes tópicos compuestos evitan el tracto GI, brindan una mayor concentración del medicamento en el área problemática y brindan alivio más rápido que una píldora.

(32:45): Estudios recientes han demostrado que Cymbalta (duloxetina) es superior a la gabapentina para controlar el dolor relacionado con la neuropatía.

(33:10): Lyrica (pregabalina) es otro buen medicamento para la neuropatía, pero la cobertura del seguro puede ser un problema.

(34:38): Los medicamentos antiepilépticos, la oxicodona y la morfina a veces se usan para tratar la neuropatía, pero pueden tener efectos secundarios graves.

(38:17): Los terapeutas físicos y ocupacionales pueden ayudar a aliviar los síntomas de la neuropatía periférica.

Transcripción de la Presentación:

(00:02): [Susan Stewart] **Introducción.** Hola, bienvenido al taller Manejo de la neuropatía después del trasplante. Mi nombre es Sue Stewart y seré su moderadora por hoy.

(00:11): Me gustaría dar la bienvenida a nuestra oradora, la Sra. Danielle Roberts. Danielle es asistente médica en el Programa de Trasplante de Médula Ósea y Células Madre en el Instituto de Cáncer Winship de la Universidad de Emory. Se desempeña como líder de educación de proveedores de práctica avanzada y es codirectora de la beca de proveedores de práctica avanzada de hematología y oncología. La Sra. Roberts se especializa en el manejo de pacientes con trasplante de médula ósea complejos, como aquellos con neuropatía y pacientes con enfermedad crónica de injerto contra huésped. Únase a mí para darle la bienvenida a Danielle Roberts.

(00:52): [Danielle Roberts] **Descripción General de la Charla.** Gracias, Sue. Quiero agradecer a todos por su tiempo y su asistencia hoy. Hoy vamos a hablar sobre el manejo de la neuropatía después del trasplante.

(01:04): Nuestro objetivo hoy es hablar un poco sobre qué es exactamente la neuropatía. ¿Cuáles pueden ser las causas de ello? ¿Cómo lo probamos? Luego, finalmente, vamos a discutir el manejo de la neuropatía periférica.

(01:19): **La neuropatía periférica es una serie de trastornos que interrumpen el flujo de información desde el cerebro y la médula espinal hacia los músculos, la piel y otras partes del cuerpo.** ¿Qué es la neuropatía periférica? La neuropatía periférica no es una sola enfermedad. Es un término general para una serie de trastornos que resultan del daño al sistema nervioso periférico del cuerpo. Esto suele ocurrir cuando los nervios están dañados o destruidos y no pueden enviar mensajes desde el cerebro y la médula espinal a los músculos, la piel y otras partes del cuerpo. Cuando ocurre este daño, se presenta como entumecimiento y dolor.

(01:43): Una forma sencilla de hablar sobre cómo sucede esto es pensar en su sistema nervioso. Tiene su cerebro que interpreta la señal y luego nos dice qué hacer. Lo que sucede cuando se interrumpe esa señal, el cerebro no puede decir: 'Oye, eso está caliente, retira la mano'. Si piensa en cuando solíamos tener televisores con antenas, y solía tener que mover las antenas para corregir la señal y aclararla, eso es algo así como la neuropatía. La neuropatía es esa interrupción en esta señal. Entonces, cuando no puede sentir sus dedos, el cerebro no puede decir: 'Oye, eso está muy caliente o muy afilado, tienes que alejarte'.

(02:26): **Las personas pueden experimentar los síntomas de la neuropatía periférica de manera diferente.** Además, debido a esa interrupción en la señal, se presenta de manera diferente. Algunas personas pueden sentir una sensación de ardor. Algunas personas pueden sentir una sensación de dolor. Algunas personas pueden no sentir nada, o pueden decir que se sienten como si tuvieran grava en los dedos de los pies o en los zapatos. Eso es ese tipo de interrupción en la señal.

(02:49): **Puede tomar uno o dos años para ver alguna mejoría en la neuropatía periférica una vez que se inicia el tratamiento.** Para algunas personas, la interrupción de la señal puede curarse. Cuánto daño se ha hecho y dónde [afecta] el daño y cuánto tiempo puede llevar mejorar. Si piensa en cuánto se estiran sus nervios, si comienzan en su espalda y van a sus manos, [es] un poco más corto que esos nervios realmente largos que tienen que llegar hasta los dedos de los pies. Cuando veo a un paciente y comienza a tener estos síntomas, generalmente les digo a los pacientes que vamos a esperar que mejore, pero puede tomar entre uno y dos años para que realmente comencemos a ver mejoría para la neuropatía, lo cual es bastante frustrante, tanto para el paciente como para nosotros. Nos gustaría que todo se solucione rápidamente. Desafortunadamente, eso es difícil de hacer.

(03:36): **La neuropatía periférica es más común en personas mayores de 55 años y en aquellas que tienen diabetes, VIH o recibieron quimioterapia.** En la población general, alrededor del 2,4% de las personas tienen neuropatía. La incidencia aumenta a aproximadamente el 8% de las personas mayores de 55 años. La

neuropatía es más común en personas con diabetes, VIH y quienes reciben quimioterapia. El término para eso es neuropatía periférica inducida por quimioterapia o CIPN.

(03:56): **La neuropatía puede ser causada por una deficiencia de vitamina B.** Otras causas de neuropatía pueden deberse a la nutrición, por ejemplo, deficiencias de vitamina B12. Muchas veces, cuando estoy viendo pacientes y comienzan a tener estos síntomas, busco deficiencias de vitamina B, busco deficiencias de hierro. Nos fijamos en algunos de esos marcadores nutricionales.

(04:11): **Factores como la enfermedad renal, mayor consumo de alcohol, antecedentes de tabaquismo y si existía neuropatía antes de la quimioterapia pueden afectar la elección del tratamiento.** También hay que fijarse en cuál era la enfermedad de base del trasplante. ¿Había una gran masa en la columna que causó esa compresión allí? Entonces, eso podría estar causando parte de la neuropatía, a pesar de que la enfermedad se trata. Las personas que tienen enfermedad renal, un mayor consumo de alcohol y algunas neuropatías inmunomediadas, pero eso es más raro.

(04:38): Un factor de riesgo predisponente para la neuropatía es la edad. Cuanto mayor es usted, mayor es el riesgo de neuropatía. La aparición de neuropatía antes del inicio de la quimioterapia. Una de las cosas cuando veo pacientes nuevos que vienen para quimioterapia es que siempre evalúo la cantidad de quimioterapia que tienen antes de comenzar el tratamiento. Eso me permite hacer un par de cosas. Uno, establecer expectativas realistas. También cambia cómo voy a empezar la terapia. Soy un poco más rápida para tratar de comenzar con el apoyo nutricional de las vitaminas B o incluso hacer algunas terapias tópicas. Luego, también, a partir de una comprensión de dónde se encuentran en el tratamiento, empiezo a hacer preguntas como, ¿es diferente de lo que era antes? Esas son todas las cosas que hago al comienzo de la quimioterapia para pacientes que sé que tienen neuropatía.

(05:28): Una historia de tabaquismo, fumar no es bueno para nosotros. Fumar causa enfermedad vascular periférica, y con eso también causa neuropatía.

Lamentablemente, fumar aumenta el riesgo de neuropatía. Los pacientes con función renal alterada con aclaramiento de creatinina reducido también tienen un mayor riesgo de neuropatía.

(05:50): **Los síntomas de la neuropatía incluyen hormigueo, picazón, falta de sensibilidad, frialdad, sensación de ardor, dolor punzante en las manos o los pies.**

Hablemos de cuáles son los síntomas. La neuropatía se describe como neuropatía sensorial. Es esa sensación de hormigueo o picazón que puede tener en la punta de los dedos de las manos o de los pies. También puede llevar a una especie de sensación casi muerta como cuando se ha sentado sobre sus manos o sus pies o por la noche cuando dormía con las manos debajo de su cuerpo, y se despierta por la mañana y no puede sentir sus manos. Ese síntoma de muerte es también uno de esos síntomas de neuropatía.

(06:20): Algunos pacientes dirán que mis manos siempre están frías. Especialmente aquellos con antecedentes de Raynaud realmente tendrán un mayor riesgo de neuropatía. Tendrán más de ese frío casi donde sus dedos se vuelven de color azul. La opresión es un síntoma común de la neuropatía sensorial.

(06:39): El ardor es una sensación muy, muy, muy común que veo en mis clínicas. Tuve un paciente que en realidad vino ayer y dijo, mis manos se sienten como si estuvieran ardiendo todo el tiempo. Estaba recibiendo tratamiento por mieloma, y uno de los medicamentos puede causar eso. En ese momento, comenzamos a hacer cambios en su tratamiento, pero no entendía por qué tenía esa sensación de ardor. Fue una conversación sobre qué es la neuropatía, cuáles son los síntomas y cómo la tratamos. Tuvimos una larga conversación sobre lo que íbamos a hacer para ayudarlo con sus síntomas.

(07:12): Los dolores punzantes son muy comunes. También puede ser donde irradia hacia arriba. Muchos pacientes comenzarán a tener esa sensación de hormigueo y

picazón en las manos o los dedos de los pies. Luego puede progresar donde comienza a subir a través de la palma de la mano o la planta del pie hasta las piernas.

(07:30): **Algunos pacientes con neuropatía periférica son sensibles al tacto o carecen de sensibilidad en las manos o los pies.** La sensibilidad al contacto puede ser un problema para algunos pacientes. Puede ser donde es increíblemente sensible, donde no quieren que nada les toque las manos o los pies, o puede ser al revés, donde tienen falta de sensibilidad en esa área. Pueden verse ambos tipos de sensación desde ese punto de vista. Eso es típicamente lo que llamamos neuropatía sensorial.

(07:54): **La neuropatía periférica puede causar problemas para caminar y disminución de la fuerza de agarre.** También puede tener debilidad donde tenemos los pies golpeando. Por lo general, esto se debe a que tiene dificultades para levantar ese pie y moverse mientras camina. También puede resultar en lo que se llama una caída del pie donde se está arrastrando el dedo del pie. Las personas pueden tener dificultad para levantarse del inodoro o del asiento de una silla. Esto se debe a que no pueden sentir los pies en el suelo y sienten debilidad en las piernas, por lo que tienen dificultad con ese movimiento.

(08:29): La disminución de la fuerza de agarre también es muy común. Cuando estoy en la clínica y hablo con los pacientes, comúnmente les pregunto, ¿pueden abrir una botella de agua? ¿Pueden atar sus zapatos? ¿Pueden abrocharse la ropa? Porque esa fuerza de agarre es parte de esas funciones de motricidad fina que tenemos. Desafortunadamente, eso disminuye con la neuropatía y esa debilidad es parte del perfil de síntomas o efectos secundarios que podemos ver.

Hace poco una paciente me dijo, tengo que levantar la pierna completamente para caminar porque dice, no puedo sentirla, y tengo miedo de caerme porque ella está arrastrando el dedo del pie. Hace un tiempo tuve otra paciente que se parecía a un flamenco. Siempre fue una de mis favoritas. Ella estaba como, levanto mi pie

completamente hacia arriba como lo hace un flamenco, y luego lo bajo para asegurarme de que no voy a arrastrar mi pie cuando camino, porque ella no quería caerse.

(09:24): **La neuropatía autonómica es un tipo diferente de neuropatía que puede causar mareos al ponerse de pie, ojos secos, boca seca, sensación de saciedad después de comer algunos bocados, pérdida del control intestinal, incapacidad para sudar y/o disfunción eréctil.** Tenemos este tipo de neuropatía motora sensorial, que es de lo que acabamos de hablar. También hay neuropatía autonómica. Esto es comúnmente más difícil de diagnosticar. También es la más desconcertante para la mayoría de los pacientes. Muchos pacientes comenzarán a decirme que tienen este mareo al ponerse de pie. Pasarán de una posición sentada. Se levantarán. Se sentirán muy aturdidos y mareados.

Muchos de nosotros diremos, eso es solo vértigo, pero si tenemos pacientes que tienen un mayor riesgo de neuropatía, ya sea por la quimioterapia o porque están fuera, tienen enfermedad de injerto contra huésped, tenemos que asegurarnos de que esto no es realmente una neuropatía autonómica porque puede ser perjudicial para los pacientes. No podemos permitir que nadie se caiga y se lastime. Además, tenemos que asegurarnos de que estamos reconociendo el síntoma y luego enseñarle cómo tener un paso seguro cuando se levanta. Tome su tiempo. No se apresure cuando se levante de la silla por primera vez. Asegúrese de tomarse un segundo antes de continuar.

(10:25): **Ojos secos, boca seca** puede ser esa neuropatía nerviosa autonómica. También puede provenir de medicamentos. A veces se trata de averiguar cuál es cuál.

(10:34): **Sentirse lleno** después de unos bocados o una comida pequeña.

(10:37): **Estreñimiento o diarrea.** Les diré, tiendo a ver más diarrea. Desafortunadamente, esto es una especie de falta de control o la falta de una

sensación en la que puede sentir que tiene que defecar. Tendemos a ver más diarrea que estreñimiento. Eso es clínicamente lo que veo, pero en la literatura se informan ambos.

(10:56): Es posible que tenga alguna **dificultad para orinar**.

(10:58): **Falta de sudoración**. Nuevamente, eso tiene que ver con esa interrupción sensorial. El cuerpo no sabe que necesita sudar. Los pacientes me dirán, sé que tengo calor, pero no estoy sudando. ¿Estoy en riesgo de sufrir un golpe de calor? Es una pregunta común, especialmente en el sur, donde trabajo, los pacientes se preocupan mucho por eso en el verano.

(11:17): Para los hombres, lamentablemente esto puede resultar en **disfunción eréctil**.

(11:22): Bajo el paraguas de la neuropatía, todos tendemos a pensar que el entumecimiento y el hormigueo son los síntomas principales, pero en realidad, es esta gran constelación de síntomas la que puede afectar no solo esos movimientos motores finos, sino también puede resultar en tener algunos como el mareo y el estreñimiento, la diarrea que vemos. El mareo es probablemente lo más común que veo clínicamente.

(11:48): **El tratamiento de la neuropatía autonómica es diferente al tratamiento de la neuropatía periférica**. Los tratamientos para esto pueden ser diferentes, dependiendo de si estamos tratando la neuropatía sensorial, el entumecimiento y el hormigueo, podríamos hacer tópicos para eso. Vamos a entrar en eso más adelante. Si tenemos mucho mareo y aturdimiento, haré diferentes tratamientos para eso.

(12:09): **Cuando hablamos de neuropatía periférica, la forma más común en que tendemos a describir esto es este guante de media**. Ahí es donde estaba discutiendo con usted, ¿cómo se ve esto en sus manos? ¿Está al alcance de su mano? ¿Cubre toda su mano, como lo hace un guante? ¿Está subiendo a sus

brazos? Lo mismo en sus pies. ¿Está solo en sus dedos de los pies? ¿Está subiendo a través de las puntas de los pies y hasta las piernas?

(12:37): La neuropatía puede tener diferentes causas y presentarse con signos y síntomas similares, pero la más común es esta dependiente de la longitud o donde llamamos a esa media guante. A medida que hablamos de tratamientos y hablamos de clasificarlos clínicamente, cuanto más área involucrada, más síntomas tiene, más alto es este grado, y nos dicta cómo vamos a hacer los tratamientos. Sobre todo, al principio cuando empezamos, si hay grados más bajos, tal vez solo hacemos tópicos. Si está progresando hasta ser más grave, si estamos hablando de quimioterapias, ¿estamos haciendo reducciones de dosis? ¿Vamos a los medicamentos orales en ese momento?

(13:22): **La neuropatía periférica inducida por quimioterapia (CIPN, por sus siglas en inglés) puede ocurrir en 10 a 85 % de los pacientes, según el tipo de quimioterapia utilizada.** La CIPN depende del tipo de quimioterapia utilizada, con tasas entre el 10 y el 85 %. La neuropatía periférica inducida por quimioterapia es clínicamente lo que vemos más común en la clínica. La prevalencia depende del agente con tasas informadas que varían del 19% a más del 85%. Los agentes más comunes son los platinos, sus taxanos, talidomida y lenalidomida, bortezomib o Velcade, Vincristine y Brentuximab Vedotin.

(13:46): La toxicidad puede ocurrir con una sola dosis, pero más comúnmente lo que vemos es después de una exposición acumulativa. Cuando estoy en la clínica con pacientes, les pregunto cada vez que los veo, especialmente cuando están tomando estos agentes, '¿Tiene alguna neuropatía? ¿Está presente todo el tiempo? ¿Está yendo y viniendo? ¿Hay alguna dificultad funcional? 'Porque en base a lo que me está diciendo y cómo está respondiendo esas preguntas, eso impulsará las decisiones de tratamiento.

(14:12): **Informar los síntomas de la neuropatía tan pronto como se presenten es crucial y puede ayudar a prevenir una discapacidad permanente.** No puedo

enfatar lo importante que es ser honesto con sus proveedores sobre cómo va esto o cómo están progresando sus síntomas, qué les está pasando. Porque si no tomamos medidas y no estamos prestando atención a esos síntomas, desafortunadamente, puede tener discapacidades permanentes relacionadas con la neuropatía.

(14:32): Tuve una paciente que estaba comprometida y determiné que iba a recibir todo su tratamiento. Ella no quería ningún cambio. Pasó de poder caminar un día a venir en silla de ruedas al siguiente día porque no podía sentir los pies para caminar. Eso es lo último que queremos para ustedes. El objetivo del tratamiento es ayudarlo y hacer lo mejor que podamos para preservar su calidad de vida. Definitivamente no queremos empeorar las cosas, pero somos tan buenos como lo que nos dicen en la clínica. Asegúrese de que, a medida que observe estos cambios en sus síntomas, informe a sus proveedores ya sea su médico, la enfermera que trabaja en la clínica o el proveedor de práctica avanzada.

(15:13): **La neuropatía puede ser una manifestación de la enfermedad de injerto contra huésped, particularmente en pacientes con EICH de piel similar a la esclerodermia.** Esto se ve más comúnmente como una enfermedad crónica de injerto contra huésped. La mediana de tiempo entre el trasplante y la aparición de la neuropatía es de unos seis meses. La EICH neurológica afecta con mayor frecuencia al sistema nervioso periférico. Hay una mayor prevalencia de neuropatía en pacientes con esclerodermia. Por lo general, se asocia con inmunosupresión a largo plazo y enfermedad de injerto contra huésped.

(15:40): Entonces, para aquellos que no están familiarizados con la esclerodermia, la esclerodermia es un diagnóstico crónico de enfermedad de injerto contra huésped que vemos. Provoca el endurecimiento de los tejidos que se fijan desde el exterior hacia abajo y a través de las capas de la fascia. La desventaja de la esclerodermia es que reduce el rango de movimiento. Cuando causa ese rango de movimiento reducido, tenemos pacientes que no se levantan ni se mueven tanto, pero también, hay una disminución del flujo de sangre al área. En el peor de los casos, a veces

tenemos pacientes con llagas abiertas en esas áreas. Debido a la reducción de líquidos y nutrientes y todo lo que entra y sale de esa área, es más difícil debido a la fijación del tejido, tiene neuropatía en esas áreas.

(16:35): Cuando empiezo a tener un paciente que viene que no ha tenido ninguna neuropatía y, de repente, me dicen: 'Oye, tengo un poco de entumecimiento en las puntas de los pies', lo siguiente que hago es subirles los extremos de los pantalones. Estoy mirando sus piernas. Les estoy quitando los zapatos. Estoy mirando sus pies. Me aseguro de no empezar a ver algunos de los cambios que vemos con estos pacientes con esclerodermia, porque tiendo a verlo más con esos pacientes.

(17:02): **A veces, reducir los medicamentos inmunosupresores puede mejorar los síntomas de la neuropatía.** Inmunosupresión a largo plazo. He tenido pacientes que toman Prograf o Sirolimus. A medida que reducimos la inmunosupresión, parte de la neuropatía mejora con eso. Sin embargo, en mi experiencia, tiendo a ver la neuropatía realmente en aquellos pacientes con enfermedad de injerto contra huésped prolongada que toman muchos esteroides y que tienen ese diagnóstico de esclerodermia. Para esos pacientes, es hacer todo lo posible para tratar la causa subyacente de la neuropatía, ya sea la enfermedad de injerto contra huésped. Si pensamos que se debe en parte a la inmunosupresión, tratamos de reducirla de forma adecuada y segura. Es uno de esos grandes desencadenantes en mi mente cuando hablo con pacientes que empiezan a decirme eso, y que no lo han tenido antes, estoy empezando a buscar y ver si hay otra evidencia de injerto contra huésped, especialmente en un paciente que no ha tenido mucho antes.

(18:05): Hemos hablado mucho de lo que es la neuropatía periférica. Hemos descrito la neuropatía periférica. Hemos hablado sobre cómo es la interrupción de la señal, pero ¿cómo lo probamos realmente y cómo lo diagnosticamos?

(18:19): **Los neurólogos tienen las pruebas más sofisticadas para la neuropatía periférica.** Diagnosticarlo en mi clínica va a ser muy diferente a diagnosticarlo en la

clínica de un neurólogo. Si lo envían a un neurólogo, pueden realizar pruebas más sofisticadas, como pruebas EMG, donde realmente estimulan los nervios. Pueden decir dónde están los déficits y qué tan grave es el déficit. Para mí, me refiero mucho a la neurología para ese paciente que puedo ver que está comenzando a tener una neuropatía de nueva aparición. He comenzado estos tratamientos. Si no llego a ninguna parte con el tratamiento y no veo ninguna mejora, entonces muchas veces los refiero a neurología para que se realicen pruebas más sofisticadas.

(19:03): **La prueba de toque ligero y la prueba de vibración son pruebas iniciales para la neuropatía.** En mi propia clínica, cuando empiezo a ver neuropatía, o estoy preocupado por los síntomas de un paciente, y empiezan a decirme que puede tener alguna neuropatía, por lo general empiezo con lo que llamamos una prueba de toque ligero. Esta es una pequeña pieza de plástico. Hago que los pacientes se quiten los zapatos y se sienten en el banco o en la silla. Les hago cerrar los ojos. Luego les tocaré los dedos de los pies o las plantas de los pies. Les preguntaré, ¿pueden sentirlo? Por lo general, pueden decirme que sienten el toque ligero o si ya me dicen que no pueden sentirlo, entonces es cuando comenzamos a calificar la neuropatía. Lo que deberían poder decir es el dedo gordo del pie derecho o la mano izquierda, e iré de un lado a otro a diferentes áreas. Por lo general, empiezo en los dedos de los pies y me abro camino hasta el área en la que me dicen que ya no pueden sentirlo o que he subido más allá del tobillo y no tenemos ninguna dificultad sensorial.

(20:07): La otra forma de probar esto es usando la prueba de vibración. Esto se hace con el diapasón. Lo que hace es golpear el diapasón, lo coloca en el espacio articular y los pacientes dicen si pueden sentirlo. Les pido que digan cuándo dejan de sentirlo, y esa puede ser una forma de ver cómo está la sensibilidad en esas áreas individuales. Lo haré en el hueso del dedo gordo del pie. Lo haré en el tobillo, y luego puedo hacerlo en la espinilla y en la rodilla. Una vez más, siempre empiezo en los dedos de los pies y luego me abro paso a través de la bola del pie y luego hacia arriba de la pierna, porque deseo evaluar cada área individual para ver dónde está la pérdida sensorial y dónde es más, y dónde vuelve a subir la sensación.

(20:56): **Las pruebas precisas para la neuropatía periférica ayudan a determinar qué tan avanzada está la neuropatía y dictan el tratamiento adecuado.** Esto es importante por múltiples razones. Uno, nos ayuda a calificar clínicamente qué tan avanzada está la neuropatía, pero también nos permite, a medida que comenzamos con las terapias. Y para los pacientes que me dicen que están mejorando; podemos hacer la prueba. Si estamos empezando a ver áreas de sensación que antes no tenían, entonces tenemos una respuesta a la terapia. Esa es una gran señal externa, tanto para los médicos como para los pacientes, de que estamos haciendo lo correcto para ellos. Siempre es bueno poder decir: 'Oye, mira, estás mejorando. Antes no podías sentir esto en tu talón, y hoy me dices que puedes sentir esto'. Esos son los dos tipos de prueba de un toque ligero y luego vibración.

(21:38): **Las pruebas de pinchazo pueden ayudar a diagnosticar la pérdida de sensibilidad.** La tercera prueba que hago en la clínica es una especie de prueba de pinchazo. Este es ese tipo de toque agudo. Está usando una pequeña especie de extremo de una aguja pequeña o, a veces, rompo un palillo de dientes por la mitad y uso el extremo sólo como un toque afilado. De nuevo, lo hago de la misma manera. ¿Puedes sentirlo en los dedos de tus pies? ¿Puedes sentirlo en las puntas de tus pies y subiendo por la pierna para que podamos ver dónde está el nivel de pérdida sensorial? Los pacientes que no pueden sentir el toque ligero generalmente no podrán sentir el pinchazo, pero sigo haciendo las mismas cosas.

(22:25): Algunas personas tienen sensación inversa; no pueden sentir nada como un toque ligero. Pueden sentir muchas cosas con un pinchazo o lo contrario, no pueden sentir el pinchazo, pero sienten las cosas con un toque ligero. En mi clínica, si voy a hacer las pruebas en el paciente, las hago todas. Voy a medir el toque ligero. Voy a medir la vibración. Entonces también voy a medir el pinchazo.

(22:48): **Otras pruebas para la neuropatía periférica miden la fuerza, el rendimiento muscular y los reflejos.** Otras pruebas deben incluir ¿cuál es su fortaleza? Voy a examinar las piernas. Examinaré los brazos. Por lo general, haré que los pacientes prueben su fuerza. Siempre les digo que me den un puñetazo en el estómago, lo que

a todo el mundo le encanta. Entonces les digo, realmente no voy a dejar que me lastimen, pero estoy agarrando su mano. Estoy haciendo que me golpeen fuerte para que pueda decir '¿pueden derribarme?' ¿Pueden sacarme de los dedos de los pies? ¿Pueden levantar sus piernas contra mí ejerciendo presión sobre los muslos?

(23:19): El examen muscular es importante, especialmente para esa neuropatía autonómica. La neuropatía autonómica, es posible que no hayan tenido ningún problema con la sensibilidad, pero aun así su fuerza muscular puede ser débil. Una vez más, esto nos dice más sobre el panorama global general de lo que está pasando con los pacientes y me permite tratarlos adecuadamente o llevarlos a la persona adecuada para que los trate.

(23:45): Quieres probar los reflejos. Nuevamente, esto nos dice dónde está el nivel de déficit sensorial.

(23:51): **Evaluar la marcha o caminar puede indicar si una persona puede tener neuropatía periférica.** Una de las cosas más importantes es evaluar la marcha o la caminata. Siempre les digo a los pacientes al final de la consulta, voy a verlos salir de la clínica, porque quiero ver cómo se mueven. En las habitaciones, tenemos un espacio muy reducido. Tengo algunos pacientes que en poco tiempo ya no arrastran los dedos de los pies. Si solo están caminando una distancia corta, digamos desde la silla hasta la mesa de examen, estarán bien. Parte de eso se debe a la debilidad muscular. Cuanto más caminan, más debilidad tienen, más se cansan esos músculos y es más probable que arrastren ese dedo del pie o comiencen a cambiar la forma en que levantan ese pie.

(24:38): Los acompaño fuera de la habitación y los observo caminar por el pasillo para tener una buena idea de cómo es su modo de andar. ¿Están caminando con la base ancha porque les preocupa que se vayan a caer porque están mareados? ¿Está levantando el pie como un flamenco porque tiene miedo de arrastrar el dedo del pie o simplemente está arrastrando ese dedo del pie porque aún no sabe lo que está

pasando? Esa es otra excelente manera de evaluar el panorama general de lo que está sucediendo desde el punto de vista de la neuropatía.

(25:16): Para mis pacientes que necesitan ver neurología, de nuevo, es una referencia para ellos. Nuestros socios de neurología son geniales. Pueden hacer la prueba EMG. A partir de ahí, pueden hablar sobre los tratamientos adecuados o la fisioterapia. Es una gran relación de trabajo entre nosotros y el neurólogo, para evaluar de manera efectiva las pruebas y tratar adecuadamente.

(25:43): Ahora vamos a la parte que probablemente todos estén esperando. ¿Cómo lo tratamos y qué hacemos con esto? Opciones de tratamiento. Hay montones y montones de cosas que están ahí fuera. Desafortunadamente, lo que funciona para algunas personas no funciona para todos. Muchas veces esto es, hemos intentado esto, está bien, esto no funcionó, así que vamos a intentar algo más.

(26:05): **Las opciones de tratamiento para la neuropatía periférica incluyen tópicos, como parches de lidocaína, cremas antiinflamatorias, capsaicina y medicamentos orales.** Me gustan los tópicos. Me gustan los tópicos por muchas razones. Vamos a entrar en eso en un momento. Hay parches como los parches de lidocaína. Hay cremas antiinflamatorias que te puedes poner ahí, como el diclofenaco. Luego están los tratamientos holísticos como la capsaicina.

(26:20): Hay medicamentos orales que podemos usar. Actualmente, la duloxetina o Cymbalta es el único agente aprobado por la ASCO o la ESMO para el tratamiento de la neuropatía periférica inducida por quimioterapia. Estoy segura de que todo el mundo ha oído hablar de la gabapentina. Ese ha sido el pilar durante años para la neuropatía. Lyrica es otra droga similar a la duloxetina. De hecho, está aprobado por la FDA para la neuropatía diabética. Los antidepresivos pueden funcionar bien. Mirando esas deficiencias nutricionales y usando suplementos o vitaminas cuando sea apropiado.

(26:57): Los tratamientos para la neuropatía periférica que no incluyen medicamentos incluyen unidades de acupuntura, masaje y TENS. Ahora hay muchos otros tratamientos mecánicos, acupuntura, unidades de masaje TEN. Vamos a hablar más sobre eso. Durante el último año o dos años, en realidad ha habido una gran mejora con la neuropatía y la búsqueda de terapias alternativas que no siempre son medicamentos para tratar.

(27:17): Cuando di esta conferencia hace unos tres años, mucho de lo que vamos a hablar en un minuto en realidad no existía. Me alegra ver que hay otras opciones para nuestros pacientes. Hay muchos pacientes que simplemente tienen fatiga por la cantidad de medicamentos que les estamos dando. Hay mucha gente, y apropiadamente, que dice: 'Simplemente no puedo tomar otra pastilla o no quiero tomar más narcóticos, ¿qué más podemos hacer?' Ha habido mucho movimiento en esa dirección. Estoy muy feliz por ustedes de que podamos ofrecer nuevos tratamientos de apoyo que no siempre son medicamentos.

(27:53): Las terapias de primera línea para la neuropatía periférica incluyen analgésicos de venta libre, capsaicina y remojar los pies en agua fría. ¿Cuáles son algunas terapias de primera línea? Remojar los pies en agua fría. Tienes que probar el agua. Queremos asegurarnos de que no esté demasiado caliente, porque no queremos que te quemes.

(28:02): Hay analgésicos de venta libre como Tylenol o ibuprofeno, agentes tópicos. Me gusta mucho la capsaicina. Es mi opción para la terapia de primera línea para mis pacientes. La capsaicina es el ingrediente activo de los chiles. Se cree que es muy antiinflamatorio. Poner eso en las plantas de los pies parece funcionar bien para los pacientes. De hecho, ha habido varios estudios recientemente que han analizado esto, y en realidad es lo que los pacientes informan con el uso de capsaicina, en realidad están viendo una mejora. Creo que es un buen agente de primera línea para que lo usen los pacientes.

(28:38): Hay parches de lidocaína. Sin receta es un parche del 4% que puede obtener. Esos son esos parches de tamaño de salón. La fuerza de la prescripción es del 5%. Le diré ahora mismo que no puedo obtener un seguro que cubra normalmente el parche del 5 % porque el 4 % está disponible sin receta. Eso es generalmente lo que les digo a los pacientes que hagan. Puede utilizar un máximo de tres parches al día durante unas 12 a 18 horas. Por lo general, les digo a los pacientes que prueben esto durante unas tres semanas. Si no funciona u ofrece una mejora en esa cantidad de tiempo, normalmente no lo haré. Lo bueno de hacer eso es que, siempre que no tenga heridas abiertas o roturas en la planta de los pies, en realidad no hay muchos efectos adversos significativos. Desde ese punto de vista, es genial de usar.

(29:25): Hay cremas de geles combinados que son geniales para usar. El problema con esto es que a veces consumen mucho tiempo y no todos los seguros cubrirán esto.

(29:39): **Los agentes compuestos tópicos evitan el tracto gastrointestinal, brindan una mayor concentración del medicamento en el área problemática y brindan alivio más rápido que una píldora.** Me gustan los agentes compuestos, así que trato de usar esto para nuestros pacientes. Hay múltiples razones. Uno, evita el tracto GI. La mayoría de nuestros pacientes toman muchos medicamentos, así que cualquier cosa que pueda hacer para tratar de evitar el tracto GI, eso no va a causar náuseas ni diarrea, trato de hacerlo. También se obtiene una mayor concentración de la droga cuando se entrega directamente al área donde se aplica. Mientras que, si lo toma por vía oral, tiene que pasar por el hígado o los riñones. De hecho, obtiene menos medicamento llegando al área que lo necesita. Aplicarlo directamente sobre ella es mayor concentración. Tampoco depende del flujo de sangre para la entrega en el sitio, por lo que es más efectivo en menos tiempo.

(30:21): El medicamento promedio, a medida que pasa por todas las cosas que necesita hacer para descomponerse en su cuerpo, puede tomar de 20 a 30 minutos para que usted vea alguna mejora. Algunos de los otros medicamentos tienen que

acumularse hasta alcanzar un estado estable en su sistema, por lo que puede tomar hasta una semana o más para que vea una mejoría. Pero si lo pones directamente en la zona, puedes ver una mejora casi inmediata. También ha disminuido la toxicidad porque no se absorbe sistémicamente. No tiene que preocuparse por las interacciones con otros medicamentos.

(30:49): Veo una mejora en el cumplimiento porque, de nuevo, muchos pacientes simplemente no quieren tomar más pastillas, pero a medida que los masajeas y les frotas en sus pies, tienden a tener un poco más de cumplimiento. Puedes hacer varios ingredientes. Para los pacientes que pueden tener disfunción renal, no pueden tomar muchos medicamentos antiinflamatorios, aún puede aplicarlos en la parte superior de la piel. Puede usar algunos medicamentos y adaptaciones que quizás no pueda usar por vía oral, pero puede hacerlo si los usamos por vía tópica. Luego está la dosificación flexible. Puede aumentar la dosis de algunos medicamentos y tal vez disminuir la de otros medicamentos.

(31:24): Si esto está disponible para usted, lo animo a que hable con sus médicos o sus proveedores de práctica avanzada al respecto. Una vez más, a veces puede ser difícil de obtener porque tienen que ir a las farmacias de compuestos para esto.

(31:37): El otro problema con el que me encuentro con algunos de mis pacientes es el costo porque no todos los seguros lo cubren, pero por lo general, si comienza a hablar con los seguros, le dirán, está bien, lo cubriremos. esta particular combinación. A veces se trata simplemente de llegar a los que realmente están dispuestos a pagar, lo que a veces es una molestia para todos nosotros, pero vale mucho la pena si ofrece alivio.

(32:02): **Los tratamientos de segunda línea incluyen medicamentos orales como los antidepresivos.** Los tratamientos de segunda línea serían medicamentos orales. El pilar de esto son los antidepresivos. Cambian la química y la comunicación del cerebro para ayudar a aliviar esas sensaciones de dolor. Una vez más, Cymbalta (duloxetina) es el que, en este momento, es una especie de medicamento de

referencia para la neuropatía periférica inducida por quimioterapia. Venlafaxina o Effexor también pueden ser efectivos para los pacientes. Antidepresivos tricíclicos, amitriptilina, nortriptilina. Sin embargo, tienen un perfil de efectos secundarios más alto. Tiene que preocuparse por las interacciones con otros medicamentos. Tiendo a no usarlos tanto. Me gusta la amitriptilina. Sin embargo, mi opción es la duloxetina en este momento.

(32:45): **Estudios recientes han demostrado que Cymbalta (duloxetina) es superior a la gabapentina para controlar el dolor relacionado con la neuropatía.** Parece que la gabapentina (Neurontin) ha sido un pilar para la neuropatía durante años. Los estudios recientes han demostrado que la duloxetina es superior a la gabapentina para controlar las sensaciones de dolor o los síntomas asociados con la neuropatía inducida por la quimioterapia. Es por eso que estamos viendo un cambio en la práctica debido a esos estudios recientes.

(33:10): **Lyrice (pregabalina) es otro buen medicamento para la neuropatía, pero la cobertura del seguro puede ser un problema.** La dificultad desde el punto de vista del prescriptor para ese medicamento en particular es que está aprobado por la FDA para el tratamiento de la neuropatía diabética. Cuando intentamos usarlo para la neuropatía inducida por la enfermedad de injerto contra huésped o la neuropatía inducida por la quimioterapia, puede haber un problema de pago. Muchas veces nos requerirán que usemos Gabapentina o Duloxetina primero. Básicamente, diga que no ha respondido a ninguno de los dos antes de que las compañías de seguros paguen la pregabalina.

(33:48): La pregabalina es un buen medicamento. Me gusta. Tiendo a usarlo en el entorno donde las personas han fallado con la gabapentina porque creo que hay eficacia en esa situación para usar ese medicamento en particular. También me gusta Lyrice por la dosificación. Viene en un par de niveles de dosificación diferentes, y puede cambiar las cantidades en términos de uso. Lo mismo con la gabapentina. La gabapentina tiene varios niveles de dosificación diferentes.

(34:17): Cymbalta o duloxetina para el control del dolor, la dosis es de alrededor de 60 miligramos por día, es lo que se ha encontrado que es una dosificación efectiva. Algunas personas toman 120, pero los estudios más recientes han demostrado que 60 miligramos al día es la dosis óptima para controlar el dolor.

(34:38): **Los medicamentos antiepilépticos, la oxidona y la morfina a veces se usan para tratar la neuropatía, pero pueden tener efectos secundarios graves.** Otros medicamentos pueden ser medicamentos antiepilépticos. Estos se usan con menos frecuencia debido al efecto secundario y las interacciones que tienen, pero son una opción. Especialmente si hemos tomado otros medicamentos y no está respondiendo, los analgésicos tienden a ser un pilar del tratamiento. Muchas veces estamos usando oxidona o morfina, tanto de acción prolongada como de liberación inmediata para controlar el dolor.

(35:07): Lo que estamos encontrando en la literatura ahora es que para el control del dolor o al menos para lo que parece ser, ya que estamos haciendo más y más estudios sobre esto, que los efectos secundarios con oxidona y morfina, tanto de acción prolongada como de acción corta, el beneficio de usarlo para la neuropatía no supera los efectos secundarios. Están empezando a ver a muchos de nosotros que nos estamos alejando de los narcóticos, especialmente al principio, tratando de usar los otros medicamentos. Si eso no funciona, entonces pasar a los analgésicos narcóticos como ese tipo de terapia de segunda y tercera línea.

(35:49): **La marihuana medicinal ayuda a algunos pacientes con neuropatía periférica.** Una de las preguntas más comunes que recibo en la clínica es sobre la marihuana medicinal. Dependiendo del estado en el que viva, es más fácil para los pacientes poder usar esto u obtenerlo fácilmente. Me gusta la marihuana medicinal para la neuropatía. Creo que esto funciona muy bien para los pacientes, especialmente para aquellos pacientes que han fallado en dos o tres líneas de terapia previa. Puedes tener marihuana medicinal como CBD, que es el cannabis o THC, que es el ingrediente activo. También viene con sintético. Esto es nabilona y dronabinol. Lo siento, siempre me cuesta decir eso. Marinol es el nombre comercial

para eso. Hay efectos secundarios con esto. Lo que inicialmente vimos al usar especialmente Marinol es que no obtendría psicosis o euforia con él; sin embargo, estamos empezando a ver eso cada vez más con los pacientes, especialmente en dosis más altas. Con el uso prolongado, no querrá parar sin una disminución gradual debido a los síntomas de abstinencia.

(36:51): **La terapia cognitiva conductual y la neuroretroalimentación pueden ayudar con los síntomas de la neuropatía.** Existen tratamientos no farmacológicos para esto. Contamos con terapia cognitiva conductual. Esto puede ser autoguiado o con terapia de grupo. Ahora existe el neurofeedback, que implica estímulos o recompensas auditivos o visuales. En realidad, esto ha resultado en una mejora significativa del dolor relacionado con la neuropatía, la calidad de vida y la fatiga de los pacientes.

(37:14): **La crioterapia, en ensayos clínicos, se está utilizando para tratar la neuropatía periférica inducida por quimioterapia.** Está la crioterapia, lo estamos viendo cada vez más. Está en ensayos clínicos. Se ha utilizado tanto para la prevención de la quimioterapia profiláctica como también una vez que se tiene la neuropatía inducida por la quimioterapia. Estamos viendo que se usa. A menudo se combina con terapia de compresión para mejorar los síntomas.

(37:37): **La terapia Scrambler es el tratamiento más nuevo para la neuropatía periférica.** La terapia Scrambler es el tratamiento más nuevo para la neuropatía inducida por quimioterapia. Implica el uso de un dispositivo que proporciona una estimulación a la piel. Básicamente, lo que hace es reemplazar esas señales de dolor. Los datos han sido mixtos y menos prometedores. Se necesitan estudios adicionales, pero está ahí y es una opción.

(38:03): Hay entrenamiento sensoriomotor o entrenamiento vibratorio de cuerpo entero. Los pacientes y los grupos de intervención informaron mejoras subjetivas, por lo que esa es una opción que no existía cuando hice esta charla hace un par de años.

(38:17): **Los terapeutas físicos y ocupacionales pueden ayudar a aliviar los síntomas de la neuropatía periférica.** Para todos mis pacientes con neuropatía, especialmente los que tienen pie caído o tienen debilidad muscular, me muevo inmediatamente a fisioterapia y masajes para esos pacientes, porque eso parece ayudar. La mayoría de los fisioterapeutas ahora pueden aplicar agujas secas, que es una forma de acupuntura. Estamos viendo muchas mejoras con eso. Hay algunos buenos datos para apoyar el uso de la acupuntura. Lo bueno de la acupuntura es que está cubierta por su seguro, al igual que el masaje, especialmente si puede hacer que sus proveedores le escriban una receta.

(39:03): **Si no puede sentir sus pies, la inspección diaria de sus pies y el cuidado de estos es importante.** Nunca quiero descartar el cuidado general de los pies. Desea asegurarse de que, si no puede sentir sus pies, esté inspeccionándolos porque cualquier tipo de herida puede provocar una infección o llagas graves. Asegúrese de usar zapatos resistentes. Asegúrese de no aplicar calor directo a sus pies o piernas.

(39:22): Siempre debe probar la temperatura del agua con sus manos o alguna parte de su cuerpo que pueda sentir como su codo. Si quiere lavarse los pies a diario con agua tibia, aplique crema hidratante. Utilice un jabón suave o sin fragancia. Seque con papel secante o acolchado. No use demasiada fricción porque, de nuevo, eso puede exacerbar los síntomas.

(39:46): No ande descalzo. No querrá pisar nada que pueda lastimarle los pies. Elija un buen calzado, cerrado, ligero, de tacón bajo. No hay tacones de aguja para mis damas.

(39:59): Seguí adelante e incluí algunos estudios diferentes y nuevos tratamientos para el tratamiento del dolor neuropático en caso de que estuvieran interesados. Creo que tenemos que ir a las preguntas ahora. Solo quiero agradecerles a todos por su tiempo hoy y por su participación en esto. Es un honor atender a mis pacientes con neuropatía y con enfermedad de injerto contra huésped. Si hay algo que pueda hacer o preguntas que pueda responder por usted, vamos a pasar a eso ahora.

Sesión de Preguntas y Respuestas

(40:34): [Susan Stewart] Muchas gracias, Danielle. Esa fue una presentación excelente y, de hecho, hay muchas preguntas. Intentaremos abordarlas a todas. La primera pregunta es **si los calcetines de compresión que se usan para la neuropatía pueden causar que la piel de las piernas se rompa. Esta mujer usa 15-20, unas 12 horas al día.**

(40:56): [Danielle Roberts] La respuesta es sí. Animo el uso de medias de compresión porque creo que ayuda con el flujo de la sangre y ayuda a mantenerlo y en realidad puede ayudar a mejorar las sensaciones. Sin embargo, si tiene mucha hinchazón en las piernas, ahí es donde podemos ver el desglose, 15 a 20 suele ser una compresión más ligera. Por lo general, es lo que recomiendo también. Si descubre que tiene alguna ruptura de la piel con ellos, limitaría la cantidad de tiempo. Además, tiendo a decirles a los pacientes que no duerman con ellos por la noche porque es más probable que se rasquen o se froten por la noche sin darse cuenta, y eso también puede aumentar el riesgo de sufrir algún daño en la piel.

(41:39): [Susan Stewart] Muy bien, gracias. Siguiendo pregunta, **¿los calambres en las piernas como los que tengo con frecuencia por la noche se consideran una forma de neuropatía?** He estado plagado de calambres en las piernas por la noche durante 15 años desde que tomé Revlimid aproximadamente siete años después de mi trasplante hace 15 años. Actualmente no estoy en ningún tratamiento para el mieloma.

(42:04): [Danielle Roberts] Esa es una gran pregunta y tiene una respuesta complicada. En el terreno de la enfermedad de injerto contra huésped, cuando tengo un paciente que de repente desarrolla calambres en las piernas, típicamente, sí, esa es su forma de neuropatía. Ahí es cuando empiezo a buscar esos cambios tipo esclerodermia.

(42:22): Para mis pacientes que toman Revlimid, puede ser una forma de neuropatía. También puede ser un efecto secundario del medicamento. A veces es difícil descifrar qué está relacionado con la medicación, qué está relacionado con la neuropatía. Los calambres en las piernas son horribles para los pacientes. Es horrible para cualquiera. No hay nada peor que despertarse en medio de la noche con ese calambre y esa contracción de ese gran músculo de la pantorrilla. Lo único que puede hacer es darse un masaje o caminar. Desearía tener una mejor respuesta. Creo que la respuesta fácil es decir que definitivamente debería estar en consideración. Hablaría más con su médico sobre eso.

(43:06): [Susan Stewart] Muy bien, buena respuesta. **La siguiente pregunta es que mencionó dificultad para orinar con neuropatía. ¿Ha visto alguna vez aumento de la frecuencia urinaria, sintiendo la necesidad de orinar, no urgencia con neuropatía periférica?**

(43:20): [Danielle Roberts] Sí, lo veo. Vemos algo de ambos lados, y esa mayor necesidad de orinar puede volver a veces, como describo con la diarrea, es esa falta de poder controlarla. Sientes que tienes que orinar todo el tiempo y eso es más de esa neuropatía autonómica. Para las mujeres, cuando veo ese síntoma, siempre quiero hacer un estudio adicional también. Quiero asegurarme de que no tengamos infecciones del tracto urinario. Quiero asegurarme de que, si no está relacionado con algún tipo de proceso de infección, entonces en realidad está haciendo fisioterapia del suelo pélvico. La fisioterapia ha recorrido un largo camino. Amo a mis colegas de medicina de rehabilitación y a mis colegas de fisioterapia. Para las mujeres, en realidad tienen rehabilitación del suelo pélvico que puede ayudar a fortalecer esos músculos del suelo pélvico que pueden disminuir esa sensación para que no sientas que tienes que ir al baño todo el tiempo. También puede ayudar con las pérdidas si eso también es un problema.

(44:23): [Susan Stewart] Muy bien, siguiente pregunta. **He estado tomando ácido alfa lipoico desde mi trasplante y mis pies han mejorado, pero después de reanudar**

Velcade, la neuropatía empeoró. ¿Cuánto tiempo es seguro tomar ácido alfa lipoico?

(44:41): [Danielle Roberts] Que yo sepa, no hay un período de tiempo en el que tengamos que detenerlo. Tengo muchas personas que lo toman durante un largo período de tiempo. Hay un estudio reciente que salió a la luz que en realidad... Hace años, todos pusimos a todo el mundo en ácido alfa-lipoico porque la gente estaba sintiendo alivio con él. Hay un estudio más reciente que salió recientemente, y no están viendo tanta mejora con el uso de ese medicamento en particular. Siempre está la cuestión de hacer que las cosas simplemente dejen de funcionar después de un período de tiempo, y eso puede ser lo que está sucediendo en este momento. Si he tenido un paciente con un medicamento o suplemento en particular durante bastante tiempo, y no mejora con él, generalmente hago que deje de tomarlo. Luego pruebo algo más para ver si eso ayuda a mejorar.

(45:29): [Susan Stewart] Muy bien, **este caballero quiere saber si Voltaren es un agente tópico compuesto.**

(45:36): [Danielle Roberts] No es compuesto. Es un agente tópico. Es un excelente agente tópico, y la mayoría de las APP y los médicos pueden recetarlos y se puede obtener fácilmente en la mayoría de las farmacias locales.

(45:51): [Susan Stewart] Muy bien, la siguiente pregunta es **¿la neuropatía es una afección progresiva o se estabilizará con la enfermedad subyacente?**

(46:00): [Danielle Roberts] Puede ser progresiva si no la reconocemos, especialmente si es causada por un agente agresor, y detenemos o disminuimos la dosis del agente agresor. Desde el punto de vista de la neuropatía inducida por quimioterapia, puede ser progresiva si no reconocemos los signos y síntomas, y no hacemos los ajustes apropiados para los medicamentos. Desde el punto de vista de la enfermedad de injerto contra huésped, veo una neuropatía progresiva y eso generalmente me dice que el cuerpo está tratando de decirme: 'Oye, está pasando

algo, presta atención, necesitamos ver otras cosas'. Por lo general, una vez que se reconoce, lo que con suerte deberíamos ver, y como hemos eliminado los agentes ofensivos, deberíamos verlo al menos estabilizarse. Lo que esperamos es verlo mejorar con el tiempo.

(46:50): [Susan Stewart] Bien, **este caballero quiere saber cuándo debe dejar de usar medias de compresión.**

(46:58): [Danielle Roberts] Me encantan las medias de compresión. Les digo a los pacientes que las usen todo el tiempo. Si los síntomas desaparecen por completo y ya no tiene hinchazón, está bien que deje de usar las medias de compresión, a menos que tenga otro tipo de necesidades, como una enfermedad vascular periférica. Todo dependiendo de su razonamiento para usarlas dictaría cómo y cuándo debería dejarlas. Si solo se usa para la inflamación y la neuropatía, y esos síntomas desaparecen, creo que sería seguro dejarlas. Sin embargo, una vez más, vivo en el sur, hace calor en verano. Nadie quiere usar medias de compresión en verano, pero tendemos a hincharnos más en verano. Le dije a alguien el otro día: 'Necesito que uses tus medias de compresión con tus calcetines en el trabajo'. No le gustó eso, pero espero que lo haga de todos modos.

(47:46): [Susan Stewart] Está bien. **Esta persona tiene neuropatía en los pies y quiere saber si esto causa hinchazón en el pie y el tobillo.**

(47:57): [Danielle Roberts] Puede al principio. A medida que lo tratamos, con suerte deberíamos comenzar a ver que eso mejora. Además, la hinchazón puede ser causa de neuropatía. Tendré algunos pacientes que notarán que cuando están más hinchados, la neuropatía es peor. A medida que mejora la inflamación, la neuropatía también mejorará.

(48:16): [Susan Stewart] Muy bien, **este caballero quiere saber qué vitaminas recomendaría para la neuropatía.**

(48:24): [Danielle Roberts] Por lo general, recomiendo una buena vitamina del complejo B porque no son solo las deficiencias de B12 las que pueden causar neuropatía. También puedes verlo en B6 B1. Generalmente recomiendo una buena vitamina del complejo B. Me gusta el magnesio, siempre y cuando no me dé diarrea. Lo crea o no, la vitamina D. Si los pacientes tienen deficiencia de vitamina D, y desafortunadamente en los Estados Unidos, debido a que pasamos tanto tiempo en el interior, la mayoría de nosotros tenemos deficiencia de vitamina D, dando vitamina D, un poco de magnesio y algunas vitaminas B pueden ser un gran cóctel para mejorar la neuropatía.

(49:03): [Susan Stewart] Muy bien. La siguiente persona quiere saber, **¿ha visto alguna vez acrocianosis de los pies con dolor neuropático y cambios en las uñas de los pies en el momento del diagnóstico antes del tratamiento?**

(49:17): [Danielle Roberts] Desafortunadamente, no lo he visto.

(49:22): [Susan Stewart] Muy bien. **Esta persona que tiene entumecimiento en los dedos gordos de los pies solo después de la quimioterapia quiere saber ¿Esto se considera neuropatía? Si es así, ¿qué se puede hacer? No tiene dolor, solo entumecimiento.**

(49:37): [Danielle Roberts] Puede ser que este sea su síntoma de neuropatía. Le animo a que hable con el practicante avanzado o con el médico que está viendo. Por lo general, en este punto es cuando comienzo con algunos tópicos, como la capsaicina tópica, porque es uno de mis favoritos. Y por lo general comienzo con las vitaminas del complejo B, mis opciones en ese entorno. Personalmente, y sin saber qué quimioterapia está recibiendo y sin saber cuál es la intención, es difícil decir acerca de hacer ajustes en el tratamiento, y ahí es donde debe discutirlo con su médico o su proveedor de práctica avanzada, pero yo definitivamente tendría esa conversación con ellos.

(50:18): [Susan Stewart] Muy bien, **esta mujer tiene esclerodermia, diabetes y EICH. Recientemente le diagnosticaron neuropatía a través de EMG después de meses de dolor en la cadera y caídas por pies caídos. Se pregunta qué tipo de médico podría ayudar. ¿Qué busca ella?**

(50:36): [Danielle Roberts] Oh, esa es una excelente pregunta. Me encanta esto. En nuestra institución, utilizo a nuestro médico de medicina de rehabilitación. Hace mucha fisioterapia, acupuntura o al menos te conecta con el sistema adecuado para eso. También ayuda a fomentar el ejercicio. Luego, si hay áreas específicas de dolor, hace inyecciones para controlar esos síntomas. Me gusta la medicina de rehabilitación por el componente de fisioterapia que tiene. Creo que la fisioterapia es muy importante para la neuropatía, especialmente para los pacientes que tienen pie caído, así que la uso.

(51:17): El otro grupo que tiendo a usar mucho es nuestro grupo de oncología de apoyo. En nuestro equipo, tenemos el grupo de oncología que trata, si están en terapia activa o en la clínica de EICH, nos estamos ocupando de esas cosas. Me gusta la combinación de ambos grupos para poder ayudar a controlar los síntomas del dolor, poder llevarlo a la fisioterapia adecuada y realmente decirle a la fisioterapia en qué áreas trabajar. Esa tiende a ser mi receta para el éxito al tratar de ayudar a controlar a nuestros pacientes.

(52:17): [Susan Stewart] Muy bien, la siguiente pregunta, **¿la enfermedad renal en etapa tres puede causar neuropatía?**

(52:23): [Danielle Roberts] Puede. Tendemos a ver tasas más altas de neuropatía en nuestros pacientes con enfermedad renal.

(52:32): [Susan Stewart] Muy bien, esta es otra pregunta sobre el ácido alfa lipoico. **Estoy usando ácido alfa-lipoico y L-carnitina con buenos efectos. ¿Debo considerar ir a Gabapentina?**

(52:43): [Danielle Roberts] Honestamente, si te está funcionando bien y no tienes muchos efectos secundarios, si te estuviera viendo en la clínica, probablemente no haría ningún cambio porque nada de lo que hacemos es sin su parte justa de efectos secundarios. Ciertamente, si sintiera que no estaba ayudando o que no estaba teniendo una buena respuesta, sería entonces cuando le diría que lo discuta con sus médicos sobre cambiar a un medicamento como Gabapentin o mirar a Cymbalta.

(53:13): [Susan Stewart] Muy bien, **a esta mujer le gustaría saber cuáles son los tratamientos para la neuropatía autonómica de los que hablaste.**

(53:19): [Danielle Roberts] Sí. Para la neuropatía autonómica, tiendo a no usar tantos medicamentos orales como lo hago con la fisioterapia y la medicina de rehabilitación. Gran parte de la neuropatía autonómica es el aturdimiento y los mareos, los pies caídos, cosas así. Encuentro que haciendo medicina de rehabilitación con fisioterapia, obtengo mejores resultados.

(53:39): Para los pacientes que tienen mucho mareo y aturdimiento, y tienen lo que llamamos hipotensión ortostática, que es cuando, cuando te pones de pie, tu presión arterial baja, puede haber medicamentos específicos que buscan asegurar que eso no sucede desde el punto de vista de la presión arterial. Yo hago eso. A menudo prescribo muchos aparatos ortopédicos para los pies, fisioterapia, acupuntura para mis pacientes con esa neuropatía autonómica o ejercicios del suelo pélvico, cosas así porque parece ser que mejorar la fuerza muscular y partir de ese punto de vista es mejor para el sistema autónomo que tomar muchos medicamentos, lo que puede aumentar algunos de esos efectos secundarios.

(54:23): [Susan Stewart] Está bien. Creo que podemos haber cubierto esto. No estoy seguro de si se está refiriendo aquí a los calcetines de compresión o algo diferente, quizás ya lo sepa. Ella dice, **¿crees que los calcetines promocionados para la neuropatía funcionen?**

(54:38): [Danielle Roberts] Creo que depende mucho del paciente. Tengo pacientes, algunos que dicen que sí y otros que no. Te diré que en lo personal, a mi abuela le encantan. Ella dice que hace que su neuropatía se sienta mucho mejor. Nuevamente, esa es una elección muy personal. Creo que definitivamente es algo fácil y vale la pena intentarlo. De nuevo, es algo para lo que no tienes que tomar medicamentos.

(55:08): [Susan Stewart] Muy bien. La siguiente es una especie de pregunta compuesta. **¿Puede la EICH causar neuropatía en el nervio vago parasimpático autónomo y el sistema nervioso central, así como en el sistema periférico? Luego, la segunda pregunta, ¿la EICH puede dañar las vainas de mielina de los nervios y causar un proceso de desmielinización además de dañar las propias células neuronales?**

(55:36): [Danielle Roberts] Esa es una pregunta difícil de responder por completo. Hay un diagnóstico de EICH, miastenia gravis, que puede tener algunos de esos tipos de síntomas. En cuanto a la otra pregunta, es difícil. La última vez, porque tuve un paciente que presentaba esos síntomas similares y me sumergí profundamente en la literatura al respecto. Es difícil encontrar mucha literatura para eso. En realidad, nos estamos asegurando de que esté buscando otras fuentes y de que no haya otra razón para tener ese tipo de síntomas. Lo siento. No tengo una buena respuesta para usted. Creo que es una pregunta realmente compleja y definitivamente, si tiene esos síntomas, definitivamente querría que vuelva a ver a su oncólogo y asegurarse de que lo estamos tratando de manera adecuada.

(56:37): [Susan Stewart] Muy bien. La siguiente pregunta es, **¿su definición de neuropatía periférica incluye una sensación de ardor sin pérdida sensorial perceptible en el examen?**

(56:48): [Danielle Roberts] Sí. Tuve un paciente que vi esta semana que solo tiene una sensación de ardor y no tiene pérdida sensorial en el examen. No tiene dificultad con ninguna dificultad funcional, pero es persistente. Dijo que pasó de estar solo en

la punta de los dedos y la sensación de ardor ahora está en las palmas de sus manos. Hice ajustes a sus medicamentos debido a eso.

(57:10): [Susan Stewart] **Cierre**. Bueno. Con esa pregunta, creo que tenemos que terminar. El tiempo pasó rápido y muchas gracias por esa presentación, Sra. Roberts, y muchas gracias a la audiencia. Algunas preguntas excelentes, muy estimulantes.

(57:26): Si tiene alguna otra pregunta o cualquier otro problema que le gustaría abordar sobre este tema o cualquier otra cosa, no dude en visitar BMTInfonet.org o enviarnos un correo electrónico a help@bmtinfonet.org, o darnos una llamada gratuita al (888) 597-7674. Ha sido un privilegio tenerlos aquí hoy. Que tengan un maravilloso resto de la tarde.