





Introducción

Los síndromes paraneoplásicos endocrinos (SPNe) son un conjunto de manifestaciones clínicas derivadas de la secreción ectópica de hormonas o de la reactividad inmunológica cruzada entre tumores y tejidos sanos.

Fisiopatología

- Producción ectópica de hormonas
- Reacciones inmunológicas cruzadas
- Activación anómala de las vías de señalización intracelular

Clínica y diagnóstico			Tratamiento
	Hipercalcemia tumoral	<ul style="list-style-type: none">. Asociada a cáncer de pulmón y mama. Causada por PTHrp u osteólisis tumoral. Manifestaciones: fatiga, debilidad, alteraciones neurológicas y renales	<ul style="list-style-type: none">. Hidratación intravenosa con solución salina fisiológica. Bisfosfonatos (pamidronato, zoledronato) para inhibir resorción ósea. Calcitonina en casos agudos. Denosumab en casos refractarios
	Síndrome de antidiuresis inadecuada (SIAD)	<ul style="list-style-type: none">. Frecuente en carcinoma microcítico de pulmón. Secreción ectópica de arginina-vasopresina (AVP). Provoca hiponatremia, letargo, convulsiones y alteraciones neurológicas	<ul style="list-style-type: none">. Restricción de líquidos. Solución salina hipertónica en hiponatremia severa. Antagonistas de receptores de vasopresina (tolvaptán, conivaptán)
	Síndrome de Cushing ectópico	<ul style="list-style-type: none">. Causado por hipersecreción de ACTH por tumores neuroendocrinos. Signos: obesidad central, hipertensión, debilidad muscular e hiperglucemia. Diagnóstico diferencial con enfermedad de Cushing	<ul style="list-style-type: none">. Inhibidores de la esteroidogénesis (metirapona, ketoconazol, osilodrostat, mitotano). Bloqueo del receptor de cortisol (mifepristona). Suprarrenalectomía bilateral
	Hipoglucemia paraneoplásica	<ul style="list-style-type: none">. Relacionada con tumores mesenquimatosos. Secreción de IGF-2, causando hipoglucemia persistente. Síntomas: sudoración, confusión, convulsiones y coma	<ul style="list-style-type: none">. Glucosa oral o infusión intravenosa de glucosa. Corticosteroides para inhibir la producción de IGF-2. Análogos de somatostatina para reducir la hipoglucemia
	Osteomalacia tumoral	<ul style="list-style-type: none">. Asociada a tumores mesenquimatosos fosfatúricos. Hipofosfatemia secundaria a secreción de FGF-23. Manifestaciones: dolor óseo, fracturas y debilidad muscular	<ul style="list-style-type: none">. Suplementación con fosfato y calcitriol. Burosumab (anticuerpo monoclonal contra FGF-23) en casos refractarios
	Acromegalia ectópica	<ul style="list-style-type: none">. Secreción ectópica de GH o GHRH por tumores neuroendocrinos. Crecimiento de extremidades, rasgos faciales toscos, sudoración excesiva. Mayor riesgo cardiovascular y metabólico	<ul style="list-style-type: none">. Análogos de somatostatina (octreotida, lanreotida y pasireotida). Antagonista del receptor de GH (pegvisomant)

Conclusiones

- Los SPNe pueden ser la primera manifestación de un cáncer oculto, por lo que su detección temprana es clave para mejorar el pronóstico.
- Su diagnóstico es complejo debido a la variedad de manifestaciones y mecanismos fisiopatológicos.
- Se requiere un enfoque multidisciplinar centrado en tratar la neoplasia subyacente y sus alteraciones endocrinas asociadas.