

Emergencias oncológicas:

Clasificación y algunas recomendaciones

José Colón Grau, MD

Especialista en Medicina de Emergencia
Sala de Urgencias Oncológicas
Hospital del Centro Comprensivo de Cáncer
de la Universidad de Puerto Rico, San Juan



Las emergencias en pacientes con cáncer suelen ser reconocidas bastante tarde en su desarrollo o curso natural. A raíz de esto, muchas veces la terapia no es eficaz y suele traer complicaciones adicionales, incluyendo la muerte. Los centros que se dedican a atender pacientes con neoplasias necesitan estar adiestrados en forma continua en esta serie de condiciones para que el diagnóstico y la intervención sean los más precoces posibles. Las demoras en el manejo de estas condiciones suelen conllevar un pronóstico pobre.

Definición

Las emergencias oncológicas se definen como todo aquel grupo de condiciones o síntomas críticos o agudos que surgen en el transcurso de una condición maligna, por lo general asociadas a la condición primaria y/o a su tratamiento. Identificar estas condiciones e iniciar un tratamiento oportuno requiere de parte del médico y de su personal de apoyo un alto nivel de suspicacia, realizar un examen físico y un historial médico bien dirigidos, y tener disponibilidad de realizar rápido las pruebas de laboratorio y los estudios de imágenes necesarios para definir la naturaleza de la condición, establecer la magnitud de la situación clínica y poder implementar el mejor tratamiento.

Estas emergencias se dividen en tres grandes grupos:

1. Estructurales y/o obstructivas;
2. Metabólicas y hormonales; y
3. Las relacionadas con el tratamiento antitumoral.

A. Emergencias estructurales/obstructivas

Entre las emergencias estructurales y/o obstructivas, podemos mencionar el síndrome de vena cava superior (SVCS). Este síndrome ocurre por un crecimiento y/o extensión tumoral a las paredes de la vena cava superior.

Esta obstrucción comprime las paredes de la vena cava superior, que por naturaleza es de baja presión, disminuyendo el flujo de sangre a través del vaso sanguíneo hacia el corazón. Estos pacientes pueden presentar síntomas como dificultad respiratoria, tos, dificultad para tragar, dolor de cabeza y edema. La obstrucción se asocia a una congestión circulatoria en el cuello, en la cara y en las extremidades superiores. Con frecuencia, se puede ver en estos pacientes una circulación colateral en la piel del pecho. Los síntomas más frecuentes son la falta de aire y el edema en la cara.

En condiciones obstructivas podemos también encontrar una obstrucción intestinal y/o urinaria. La causa de estas es la obstrucción mecánica y física del intestino o de las vías urinarias por el crecimiento y la extensión de la masa tumoral. La identificación y el tratamiento temprano (y eficaz) de estas condiciones obstructivas ayudarán a mejorar la supervivencia y la calidad de vida en estos pacientes. Algunas de las intervenciones necesarias para estas condiciones pueden requerir radioterapia, cirugía o ambas, para resolver la situación presentada.

Otra de las complicaciones estructurales es la taponada cardiaca. El pericardio generalmente almacena pequeñas cantidades de líquido y de proteína. Este líquido se reabsorbe continuamente y es renovado. Cuando este balance se rompe y se acumula más líquido de la cuenta, el proceso de taponada comienza y esto conduce a una alteración hemodinámica del corazón. Esta alteración muchas veces causa una reducción del retorno venoso y del “output” cardiaco. Las consecuencias pueden ser funestas. Las causas de las taponadas son variadas, desde invasión tumoral directa de tumor hasta metástasis al pericardio.

Una de las emergencias estructurales asociadas a un pronóstico adverso cuando esta no se trata en forma rápida es la compresión medular. Este síndrome se ve con cierta frecuencia en las salas de emergencias y puede no ser diagnosticado hasta que se manifiesta el deterioro neurológico severo. Los cánceres de pulmón, de seno, de próstata y el mieloma son los tumores más comunes asociados a esta complicación. La mayoría de los casos de compresión se localizan a nivel de las vértebras torácicas. El pronóstico va a depender de la situación y del compromiso neurológico del paciente, así como de la agresividad del tratamiento. Las demoras por más de 24 horas para iniciar la terapia se asocian a una prognosis neurológica pobre.

B. Emergencias metabólicas y hormonales

El ejemplo más común de las emergencias oncológicas metabólicas lo vemos en la hipercalcemia. El calcio es uno de los minerales más conservados y cuidados en la circulación humana debido a la magnitud de los efectos que puede tener una mala regulación de este.

La hipercalcemia en pacientes con cáncer es frecuente y puede tener varias etiologías. Puede ser causada por disturbios en el metabolismo del calcio, como ocurre con la secreción paraendocrina de PTH-rp (*parathyroid hormone related protein*) por algunos tumores, o puede ser causada por una invasión directa a las estructuras óseas, lo que produce lisis del hueso y liberación de calcio.

La hipercalcemia se observa con mayor frecuencia en pacientes con cáncer de pulmón, seno, riñón y mieloma múltiple. Los síntomas de hipercalcemia son inespecíficos, pudiendo observarse cambios sensoriales, letargia, constipación, náusea y anorexia. Debido a la excreción de calcio en la orina, se puede observar poliuria, polidipsia y deshidratación. El pronóstico es letal si la condición no se trata.

C. Emergencias causadas por el tratamiento antineoplásico

El síndrome de lisis tumoral es el prototipo de esta categoría. En este síndrome se presenta una alteración metabólica inducida y precipitada por la terapia antineoplásica. Se encuentra con cierta frecuencia en pacientes con carga tumoral alta y en neoplasias de

crecimiento rápido. Ejemplos de esto son el linfoma de Burkitt y la leucemia linfoblástica aguda, entre otros.

La patogenia del síndrome se origina en la lisis de millones de células por el tratamiento antineoplásico. Los pacientes se presentan con hiperuricemia, hiperfosfatemia e hiperkalemia, como hallazgos principales. La elevación del LDH, hipocalcemia y fallo renal son frecuentes. El manejo agresivo con hidratación y con medidas para corregir las alteraciones metabólicas son efectivas en la mayoría de los casos.

Una condición muy frecuente en pacientes con cáncer que llegan con fiebre a las salas de emergencia es la neutropenia febril. Comúnmente podemos ver esta condición en pacientes que han recibido quimioterapia citotóxica entre 5 y 14 días antes. Este tratamiento altera la producción de los elementos hematopoyéticos normales como son los neutrófilos, causando una neutropenia. El tratamiento de esta condición requiere un diagnóstico adecuado y ágil, utilizando antibióticos de amplio espectro, estimulantes de la médula ósea, y una terapia de soporte adecuada hasta que se recupere la médula ósea.

Comentario

Es importante considerar que los pacientes con algún proceso maligno o tumor canceroso pueden también presentar dolor y síntomas de deshidratación relacionados con su condición oncológica. Muchas veces los vemos en nuestras salas de emergencias para la administración de analgésicos e hidratación. Estas intervenciones mejoran sustancialmente la condición médica y la calidad de vida de estos pacientes.

Además, debemos alertar a nuestros pacientes oncológicos a comunicarnos todo aquello que afecte su calidad de vida o su funcionamiento diario para poder proceder con una evaluación especializada y detectar lo antes posible cualquier emergencia oncológica. 