

BLOQUE 9:

MISCELÁNEA

Capítulo 35:

Urgencias y emergencias respiratorias en el paciente oncológico

Autores

- Carmen Cabrera Galán** UGC Neumología del Hospital Universitario de Jerez.
- Cristina María Carrasco Carrasco** UGC Neumología del Hospital Universitario de Jerez.
- Pilar Muñoz Zara** UGC Neumología del Hospital Universitario de Jerez.

Definición

Emergencia oncológica: Cualquier evento agudo en un paciente oncológico que se desarrolla de manera directa o indirecta debido al tumor y que pone en riesgo la vida del paciente.

La decisión del manejo diagnóstico y terapéutico viene condicionada por la situación clínica del paciente y su pronóstico, por la disponibilidad de determinados especialistas y técnicas diagnósticas/terapéuticas en el servicio de urgencias.

Síndrome de vena cava superior (SVCS)

La causa más frecuente de SVCS es el cáncer de pulmón (CP) (70%) y puede deberse a compresión extrínseca o a infiltración tumoral directa de la vena cava superior.

Diagnóstico

- Anamnesis/exploración física: Cefalea, edema/eritema en esclavina, aparición de circulación colateral en cuello/tórax, disnea y estridor¹.
- Radiografía de tórax (Rx): Puede mostrar ensanchamiento mediastínico.
- Tomografía computarizada (TC) torácica: Identifica la localización, la gravedad de la obstrucción, la presencia o no de trombos en la vena cava superior, y ayuda a definir su etiología.

Tratamiento

- Medidas generales: Oxigenoterapia, elevación de la cabecera de la cama, administración de corticoides (prednisona 40 mg/8 horas) y diuréticos (furosemida 40 mg/8-12 horas).
- Tratamiento específico: En función de la disponibilidad de procedimientos terapéuticos complejos (colocación de *stents*, *bypass* quirúrgico, administración de radioterapia y/o quimioterapia), precisará ingreso o traslado a centro de referencia.

Obstrucción de la vía aérea proximal (OVAP)

El cáncer de pulmón es la causa maligna más frecuente de OVAP, aunque cualquier proceso neoplásico que implique el árbol traqueobronquial, el mediastino o los hilios pulmonares pueden comprimir o invadir la vía aérea proximal produciendo un compromiso respiratorio².

Diagnóstico

- Anamnesis/exploración física: Disnea (más intensa cuanto más central sea la obstrucción), infecciones recurrentes (neumonía postobstructiva), tos o hemoptisis.
- Rx: Puede mostrar signos de atelectasia.
- TC torácica: Identifica la localización exacta y la gravedad de la obstrucción, aunque la exploración definitiva es la fibrobroncoscopia (FBC) pero su empleo queda supeditado a la intensidad de la disnea³.

Tratamiento

- Medidas generales: Oxigenoterapia, elevación de la cabecera de la cama.
- Tratamiento específico: Se realizará una broncoscopia e ingreso o traslado al hospital de referencia (en función de la disponibilidad de procedimientos terapéuticos complejos: *stent* endobronquial/endotraqueal, ablación con láser, terapia fotodinámica, crioterapia, radioterapia/braquiterapia... (Capítulos 33 y 34).

Hemoptisis amenazante**Definición**

Se define como un ritmo de sangrado >150 mL/hora, >600 mL/día o si existen signos de hipovolemia, inestabilidad hemodinámica o signos de obstrucción de vía aérea superior⁴.

El cáncer de pulmón es la causa maligna más frecuente de hemoptisis masiva, pudiendo ocurrir también en los carcinoides bronquiales y en las metástasis endobronquiales de otras neoplasias.

Diagnóstico

Ver Capítulo 5.

- Anamnesis/exploración física: Puede haber disnea (más intensa cuanto más central sea la obstrucción), tos y/o signos de infección (neumonía posobstructiva).
- Rx: Puede ser normal hasta en el 20-30% de los casos. Suele mostrar opacidades de nueva aparición, masas pulmonares y/o atelectasias.
- AngioTAC MD (tomografía computarizada multidetector): Es de elección.

Tratamiento

Es similar a lo expuesto en el Capítulo 5. Puede añadirse cloruro mórfico en perfusión continua a 1-2 mg/hora intravenosa.

El tratamiento específico no difiere del que se debe aplicar en otras causas de hemoptisis (tratamientos endoscópicos y embolización) (Capítulos 5 y 33), pero la situación global y expectativas de vida del paciente son fundamentales para dirigir el tratamiento en cada caso. La resección quirúrgica estaría indicada cuando ninguna de las medidas anteriores haya sido eficaz.

Tromboembolismo pulmonar (TEP)

El manejo del TEP agudo en pacientes con cáncer es similar al de los pacientes sin cáncer (Capítulo 17).

Debido al estado de hipercoagulabilidad en el que se encuentran los pacientes con cáncer, el TEP es una complicación frecuente en pacientes con CP, sobre todo en aquellos con progresión de la enfermedad y que reciben tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia, siendo los eventos tromboembólicos la segunda causa de muerte en pacientes con cáncer⁴.

Derrame pleural masivo

Definición

Se remite a la definición presente en el Capítulo 19.

El derrame pleural (DP) es una complicación frecuente del cáncer de pulmón, neoplasias primarias de la pleura u origen metastásico por infiltración tumoral directa de la superficie pleural⁵.

Diagnóstico

Capítulos relacionados: 19 y 21.

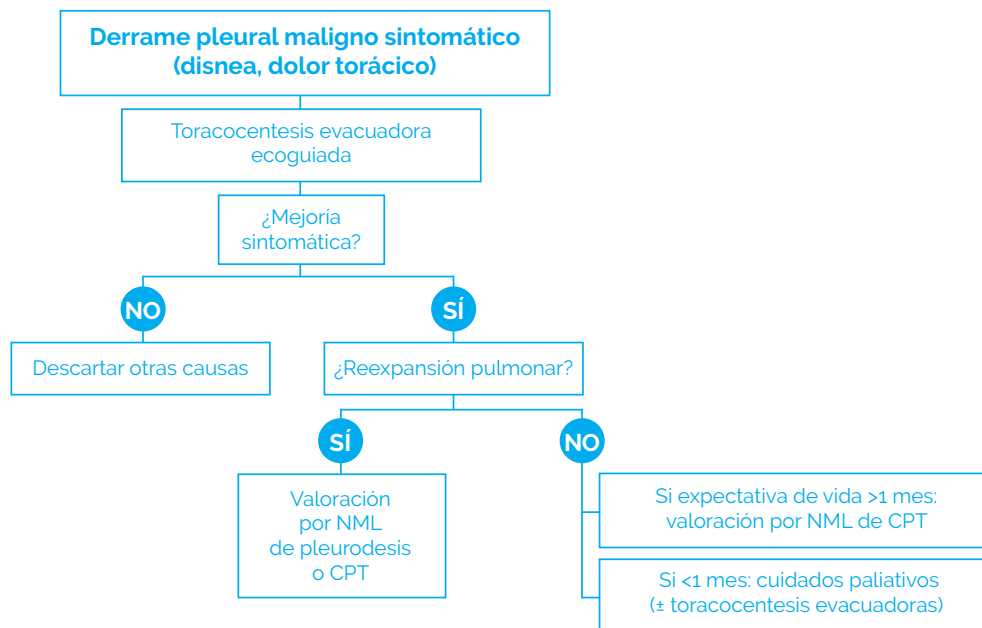
- Anamnesis: La clínica y exploración física es similar a la presente en otros casos de DP.
- Rx: Cuando el DP es grave se produce opacidad de un hemitórax ("pulmón blanco") pudiendo producirse desplazamiento mediastínico contralateral.
- Ecografía torácica: Capítulo 21.

- TC torácica: Detecta lesiones pulmonares asociadas y ayuda a descartar pulmón no expansible (por una lesión endobronquial concomitante).

Tratamiento

- Medidas generales: Oxigenoterapia, posición semiincorporada.
- Tratamiento específico: Toracocentesis evacuadora con el objetivo de aliviar los síntomas del paciente y permitir la reexpansión pulmonar (Capítulo 20).
- Un tratamiento definitivo como la pleurodesis o el drenaje pleural permanente (catéter pleural tunelizado [CPT]) no suele hacerse de urgencias y debe plantearse dependiendo del pronóstico de la enfermedad⁶ de forma multidisciplinar y una vez el paciente está ingresado. En la **Figura 1** se muestra el algoritmo de tratamiento del derrame pleural maligno sintomático.

Figura 1. Algoritmo del manejo del derrame pleural en urgencias.



CPT: catéter pleural tunelizado; NML: neumología.
Figura de creación propia.

Resumen



RECORDAR QUE

- La Rx es la primera técnica radiológica que debe realizarse en cualquier paciente con CP y con sospecha de una emergencia oncológica torácica.
- La decisión del manejo diagnóstico y terapéutico viene condicionada por la situación clínica del paciente, su pronóstico y la disponibilidad de determinados especialistas y técnicas diagnósticas/terapéuticas en el servicio de urgencias.
- El manejo clínico-radiológico inicial permite a menudo estabilizar a los pacientes con CP y posponer la necesidad de procedimientos más complejos, cuya decisión suele ser multidisciplinaria.



QUÉ NO HACER

- Asumir que la aparición de clínica respiratoria en un paciente con cáncer de pulmón sea debida exclusivamente a su patología y evolución, ya que puede ser la manifestación de una complicación tratable.

*Los autores no tienen vínculos comerciales con las marcas mencionadas.

1. Gorospe-Sarasúa L, Arrieta P, Muñoz-Molina GM, et al. Emergencias oncológicas torácicas del paciente con cáncer de pulmón. *Rev Clin Esp.* 2019; 219(1):44-50.
2. Zhou Y, Abel GA, Hamilton W, et al. Diagnosis of cancer as an emergency: A critical review of current evidence. *Nat Rev Clin Oncol.* 2017; 14(1):45-56.
3. Patil VP. Airway emergencies in cancer. *Indian J Crit Care Med.* (ISSN: 0972-5229). 2007; Vol 11 Num 1. 11. 10.4103/0972-5229.32435.
4. Radchenko C, Alraiyes AH, Shojaee S. A systematic approach to the management of massive hemoptysis. *J Thorac Dis.* 2017; 9(Suppl 10):S1069-1086.
5. De Potter B, Huyskens J, Hiddinga B, et al. Imaging of urgencies and emergencies in the lung cancer patient. *Insights Imaging.* 2018; 9:463-476.
6. Asciak R, Rahman NM. Malignant pleural effusion: From diagnostics to therapeutics. *Clin Chest Med.* 2018; 39(1):181-193.