

## Urgencias en oncología

### *Urgencies in oncology*

R. Barceló, A. Muñoz, P. Rodríguez<sup>§</sup>, T. Pérez.

Servicio de Oncología Médica  
Hospital de Cruces. Osakidetza. Barakaldo. Bizkaia  
§ Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria

#### Introducción

Podemos definir como urgencias aquellas situaciones agudas que requieren una actuación médica rápida y no demorable, bien para diagnóstico, bien para tratamiento.

En Oncología, más que en otros casos, la consulta urgente suele venir determinada por la percepción subjetiva del paciente y familia ante síntomas nuevos o variación en los ya existentes.

Esa subjetividad nos puede llevar a los dos extremos: no consultar ante situaciones urgentes y graves, o consultar repetidamente ante el mínimo motivo.

En la valoración inicial, si se conoce la existencia subyacente de una neoplasia se deberá individualizar, teniendo en cuenta todos los datos al alcance de la mano en ese momento acerca del tumor, acerca del paciente y acerca del tratamiento antitumoral realizado o en desarrollo. De la interacción de los tres parámetros se elegirá la pauta individual para ese paciente, ni más ni menos agresiva de lo indicado. Es decir, la decisión de medidas más o menos heroicas tienen que apoyarse en datos como si el tumor está activo o en remisión, si la intención del tratamiento es curativa o paliativa, si ya falló alguna línea de tratamiento antitumoral, o si el paciente tiene enfermedades concomitantes graves.

También puede no estar diagnosticado el cáncer subyacente, y bien debutar en ese episodio o incluso, no tener nada que ver la consulta urgente con ese cáncer no conocido.

Si se conoce la existencia de un cáncer y la consulta urgente es debida a él, estamos ante una manifestación de la historia natural de ese cáncer. Es el caso del paciente con cáncer de pulmón ya tratado que consulta por disnea o dolor no controlado, o el paciente con cáncer de riñón no reseccable que consulta por hematuria.

Si no se conoce la preexistencia de cáncer y la consulta se debe a él, estaremos ante el síntoma de debut, lo cual exige alto grado de sospecha para llegar al diagnóstico en situaciones urgentes. Es el caso de la compresión medular de debut en un paciente que tenga un solapado cáncer de próstata o de pulmón no conocido, o el caso del paciente al que una hematemesis lleve a diagnosticar un cáncer de estómago. También puede darse que aún teniendo el paciente un cáncer diagnosticado, la consulta urgente no se deba a él, y sí a complicaciones de los tratamientos, por ejemplo, una hemorragia digestiva por gastritis aguda en paciente polimedcado, o a veces, sin relación, como apendicitis, episodios vasculares agudos coronarios o cerebrales. Por último, algunas veces, la consulta por otro motivo lleva al descubrimiento casual de una neoplasia, por ejemplo, relativamente frecuente, en pacientes con cáncer de riñón silente hallado en una exploración de imagen abdominal indicada por otro motivo (tabla 1).

Las situaciones clásicas de urgencias en Oncología las podemos clasificar por aparatos y sistemas. A continuación esbozamos algunos datos de las urgencias más comunes cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales, urológicas, ortopédicas, neurológicas y metabólicas.

#### Cardiovasculares

Nos referiremos brevemente a la enfermedad coronaria, el taponamiento, el fallo

cardíaco, las valvulopatías, las endocarditis, las arritmias y bloqueos, y las trombosis (1).

- **Enfermedad coronaria:** Muchas veces pasa desapercibida entre el cortejo de síntomas de un paciente con cáncer. Muchos pacientes presentan causas típicas para desarrollarla, como tabaquismo, hiperlipidemia, hipertensión arterial o diabetes mellitus. Otras veces se añade el efecto de los tratamientos, como la radioterapia en área precordial, con latencias a veces de hasta 15-20 años, o citostáticos relacionados con espasmo coronario, como el 5fluoro-uracilo. A la hora de plantear el tratamiento, común con la enfermedad coronaria de pacientes sin cáncer, se debe individualizar según la gravedad del episodio agudo coronario y el pronóstico de la neoplasia en ese paciente. Según eso, se indicarán betabloqueantes, inhibidores de la ECA, antiplaquetares, analgesia, soporte hemodinámico, cateterismo o incluso otras medidas quirúrgicas de derivación.

- **Taponamiento cardíaco:** Puede cursar de manera más o menos aguda con síntomas neurológicos o torácicos, simulando un fallo cardíaco. Muchas veces la afectación tumoral pericárdica cursa silente, y suele ser un evento que ocurre en un contexto preterminal. La clínica típica, con pulso paradójico, distensión venosa cervical, tonos apagados, roce pericárdico, crepitantes, hepato-esplenomegalia o ascitis puede orientar. Entre los tumores que lo causan están el cáncer de pulmón, cáncer

TABLA 1  
**Causa de consulta urgente y diagnóstico de cáncer**

	URGENCIA DEBIDA AL CANCER	CONSULTA POR OTRO MOTIVO
Cáncer ya diagnosticado Cáncer no conocido	<b>HISTORIA NATURAL DEBUT</b>	<b>INTERCURRENCIA HALLAZGO CASUAL</b>
<p><b>HISTORIA NATURAL:</b> Individualizar el tratamiento urgente según el tumor, el paciente, el tratamiento antineoplásico y la urgencia actual</p> <p><b>INTERCURRENCIA:</b> Ponderar más el episodio agudo, y valorar las posibilidades de volver a la situación clínica previa al episodio</p> <p><b>DEBUT:</b> Exige un alto índice de sospecha para anticiparse a la aparición de complicaciones</p> <p><b>HALLAZGO CASUAL:</b> Prima resolver el cuadro agudo, independiente del tumor.</p>		

Correspondencia:  
Dr. R. Barceló  
Servicio de Oncología Médica  
Hospital de Cruces  
Osakidetza-Servicio Vasco de Salud  
48960 Barakaldo. Bizkaia  
Recibido: 09-04-02  
Aceptado: 05-05-03

de mama, leucemias, linfomas o melanoma. Se diagnostica con estudios de imagen, típicamente con ecocardiograma. El tratamiento mejor es el de la neoplasia de base, si es posible. La evacuación por drenaje subxifoideo, las instilaciones con citostáticos o sustancias esclerosantes, la ventana pericárdica o la pericardiectomía subtotal en casos seleccionados pueden ofrecer beneficio sintomático frecuente, a veces mantenido en el 85% de los casos a los seis meses (2).

- **Fallo cardíaco:** Además de los factores predisponentes para miocardiopatía, como la hipertensión arterial evolucionada, se citan factores específicos en algunas ocasiones, como la toxicidad acumulativa por antraciclinas o la necrosis miocárdica por ciclofosfamida a dosis altas. La valoración será clínica –taquicardia, tos, galopeo, edemas, oliguria- y de fracción de eyección por gammagrafía o ecocardiografía. El tratamiento, con inotrópicos, diuréticos, etc...

- **Arritmias y bloqueos:** Los trastornos del ritmo, a veces en relación con el tratamiento citostático, como el paclitaxel, se diagnostican con el trazado electrocardiográfico y se tratan con medicación como diltiazem, amiodarona, betabloqueantes, verapamil, anticoagulantes, cardioversión, o inserción de marcapasos provisional o definitivo, según los pronósticos individuales.

- **Trombosis:** Es clásica la predisposición de cánceres como el de páncreas, estómago, colon, pulmón u ovario a desarrollar trombosis profundas venosas. Un 10-15% de los pacientes con cáncer desarrolla trombosis, y en un 3% los casos de trombosis venosas idiopáticas se declara un cáncer en los seis meses siguientes. También las situaciones de postoperatorio o encamamiento, coagulopatías, tratamientos hormonales, o infecciones pueden predisponer. El tratamiento anticoagulante, y en trombosis agudas arteriales, la tromboectomía, pueden dar alivio y prevenir trombosis recurrentes.

En raras ocasiones se podrán presentar valvulopatías o endocarditis, siendo típicas aunque infrecuente, las debidas a aminas biológicas por tumor carcinoide.

## Respiratorias

Obstrucción de laringe, tráquea y bronquios, síndrome de vena cava superior, hemoptisis, trombo-embolismo pulmonar, e infiltrados pulmonares (3).

- **Obstrucción de laringe, tráquea y bronquios:** La causa más frecuente es la afectación tumoral directa de la vía respiratoria a dichos niveles. El tratamiento específico

antitumoral de cada situación es lo ideal; cuando no es factible o ya se ha agotado, las medidas sintomáticas locales con laser o endoprótesis autoexpandibles, el oxígeno, la morfina y los esteroides, pueden mejorar algo la calidad de vida.

- **Síndrome de vena cava superior:** La delgada pared de la vena cava superior la hace susceptible de compresión por el crecimiento de estructuras vecinas. En el 95% de los casos la causa será un cáncer de pulmón o un linfoma, seguido de cáncer de mama. El tipo histológico de cáncer de pulmón más frecuentemente implicado es el microcítico. A veces, la causa será no maligna, infección granulomatosa, bocio, aneurismas aórticos o mediastinitis fibrosante.

La clínica dependerá de la velocidad de instauración, del desarrollo de flujo colateral y de la presencia de válvulas venosas competentes que limiten el reflujo venoso a SNC. Los síntomas incluyen disnea, dolor torácico, tos, disfagia, cefalea o convulsiones. Se puede objetivar hinchazón de cara, cuello y brazos, distensión venosa, cianosis o disfonía. En ausencia de clínica neurológica o de obstrucción traqueal se puede demorar el tratamiento hasta la obtención de una muestra diagnóstica, si se carece de ella. El tratamiento específico de la neoplasia se apoya además en el uso de esteroides y diuréticos. La paliación con medidas locales como prótesis expansibles da alivio rápido, en uno o dos días, en el 65-100% de los casos, con recurrencias en el 4-45%. En un 30-50% de los casos hay trombosis asociada, y se aconsejan trombolíticos y retirada de catéteres, si la trombosis está en relación con catéter (4).

- **Hemoptisis:** Suele deberse a bronquitis, carcinoma broncogénico, tuberculosis o neumonía, fundamentalmente por aspergillus. La hemoptisis masiva, definida como sangrado a un ritmo que comprometa la vida o más 600 mL en un periodo de 24 horas, ocurre en un 3-5% de las veces. Se relaciona sobre todo con carcinoma epidermoide, cavitado, y de localización central. Suele ir precedida de sangrados menos aparatosos en las semanas anteriores. El tratamiento conservador se basa en sedación moderada, antitusígenos y decúbito lateral sobre el lado sangrante. La broncoscopia, flexible o sobre todo, rígida, la irradiación y el láser, los taponamientos endobronquiales, la embolización de la arteria bronquial, la resección quirúrgica, son opciones con utilidad variable a corto y a largo plazo, entre el 50 y el 100%, con riesgos y mortalidad que en el caso de la cirugía puede llegar a ser del 50%, y que habrá que individualizar en cada paciente.

- **Trombo-embolismo pulmonar:** Complicación de la trombosis venosa profunda, se sospechará en casos de crisis de disnea brusca o dolor torácico no explicados. La prevención con heparina de bajo peso molecular reduce la incidencia. El diagnóstico se hace por angiografía o por TAC helicoidal y el tratamiento con anticoagulación es seguro y efectivo. En caso de embolismo masivo, con inestabilidad hemodinámica, la mortalidad es del 85% en las seis primeras horas. Es una de las pocas indicaciones de trombolíticos, aunque con un riesgo aumentado de hemorragia, y en la práctica, pocos pacientes con cáncer en situación de embolismo masivo se benefician de dicho tratamiento

- **Infiltrados pulmonares:** Más o menos sintomáticos, los infiltrados pulmonares en pacientes con cáncer pueden ser infecciosos, yatrogénicos, por bleomicina, BCNU o mitomicina C, neoplásicos, mixtos o no relacionados con el caso, como por ejemplo, una sarcoidosis concomitante, o una artritis reumatoide.

El tratamiento, en relación con la insuficiencia respiratoria, podrá ser empírico, incluyendo antibióticos, cubriendo pneumocistis carinii y citomegalovirus, esteroides, oxígeno, etc., podrá requerir otras veces estudios diagnósticos invasivos como broncoscopia o biopsia pulmonar, y raras veces, medidas de soporte vital con ventilación artificial si se prevé que el cuadro puede ser reversible.

## Gastrointestinales

Los pacientes con cáncer consultan con frecuencia por problemas gastrointestinales, y con mucha frecuencia, la causa de dichas alteraciones no es la neoplasia. Consideraremos brevemente la hemorragia digestiva alta, la hemorragia digestiva baja, el íleo, la perforación y el fallo hepático (5).

- **Hemorragia digestiva alta:** El sangrado digestivo alto es muy frecuente en los enfermos de cáncer, si bien sólo en un 15% de los casos la causa es la neoplasia directamente. Se debe sobre todo a causas benignas: gastritis hemorrágica, úlcera péptica, varices esofágicas, desgarros de Mallory-Weiss y esofagitis. Se diagnostica por endoscopia en el 90-95% y suele ser autolimitada en el 80-85%. El tratamiento puede incluir soporte transfusional y medidas locales como escleroterapia. El pronóstico depende de la naturaleza de la lesión sangrante, la edad y las enfermedades concomitantes, la severidad del sangrado y su evolución. Aunque el criterio de operar se individualizará a cada caso, la

cirugía se recomienda reservarla a pacientes inestables que tengan un pronóstico de supervivencia basal de más de dos meses.

- Hemorragia digestiva baja: En más del 90% de los casos es autolimitada y rara vez grave. Su riesgo aumenta con la edad, y se suele deber a patología benigna como diverticulosis, angiodisplasia, pólipos, isquemia, colitis infecciosa, coagulopatía, o patología anorectal. A veces se debe a sangrado alto con tránsito acelerado. Es raro que se requieran medidas de soporte e invasivas.

- Íleo, obstrucción: En pacientes graves, son frecuentes la gastroparesis y el íleo de intestino delgado sin obstrucción. Se presenta con abdomen distendido, timpánico, en relación con sepsis, ventilación mecánica, narcóticos, fenotiacinas o alteración de electrolitos. El tratamiento corrigiendo los electrolitos, la sonda nasogástrica y la reducción de medicaciones pueden resolver el cuadro. A veces se produce íleo de intestino grueso, o pseudo-obstrucción colónica aguda, con riesgo de perforación sobre todo si el ciego se distiende más de 14 cm. La descompresión con colonoscopia puede dar alivio temporal en el 80% de los pacientes, pero es común la recurrencia.

Entre el 20 y el 40% de los pacientes con cáncer desarrolla una obstrucción intestinal, pero en un tercio, la causa es benigna. Puede deberse a hernias, bridas, sobre todo en intestino delgado, o a neoplasia, sobre todo en intestino grueso. Entre los tratamientos se considerará la cirugía, resolutive o derivativa, y otras medidas más o menos paliativas, según las situaciones.

- Perforación: En casos de intenso dolor abdominal se tendrá en cuenta su posible presencia. A nivel de esófago la mayoría son iatrogénicas, y pueden cursar con dolor, fiebre, enfisema, dolor cervical, disfagia, enfisema subcutáneo y derrame pleural. El tratamiento, dependiendo del tamaño del desgarro y de la situación del tumor y del paciente podrá ser conservador, con reposo digestivo, nutrición parenteral y aspiración nasogástrica, antibióticos de amplio espectro, o agresivo con drenaje, reparación quirúrgica o una prótesis expandible. La perforación gástrica, con dolor abdominal, náuseas y fiebre, se suele relacionar con úlcus o neoplasias gástricas. La mayoría requiere cirugía además de antibióticos, antagonistas antiH2 y sonda de aspiración. Las perforaciones de intestino delgado ocurren sobre todo en duodeno, y pueden ser yatrógenas, por neoplasia, divertículos, úlcus, infección, isquemia, o enfermedad inflamatoria intestinal. Las de colon son debidas a neopla-

sia o a divertículos y requieren toda exploración quirúrgica si no mejoran con tratamiento conservador, la perforación es grande o hay signos de peritonitis.

- Fallo hepático: Puede deberse a enfermedades virales, a reacciones idiosincrásicas a drogas, a toxinas, incluidas vitaminas, remedios a base de hierbas o productos dietéticos, a fallo cardiovascular, o a trastornos metabólicos. Es poco frecuente en situaciones de metástasis, aunque puede aparecer tardíamente. La obstrucción de vía biliar con ictericia puede mejorar con drenaje externo o interno. Según las situaciones se podrá ofrecer tratamiento de soporte, dieta sin proteínas, lactulosa y neomicina. Es improbable poder ofrecer medidas agresivas como el trasplante hepático a este grupo de pacientes.

### Urológicas

Hematuria, obstrucción, infección

- Hematuria: Debida a distintas causas, puede provenir de diferentes niveles del aparato urinario. El riñón puede sangrar por hipernefoma o por malformaciones arterio-venosas renales o por angiomiolioma renal. La vejiga por cistitis hemorrágica quimioinducida, radioinducida o viral. También puede haber de base alteraciones de la coagulación como trombopenia o coagulación intravascular diseminada, y a veces concurre más de un factor. La patología prostática benigna o tumoral también puede causar sangrado en orina. El diagnóstico se dirigirá a detectar el punto y la causa del sangrado, y según ello se indicará el tratamiento conservador o agresivo según proceda.

- Obstrucción: Los uréteres se pueden obstruir por afectación tumoral directa, desde ganglios retroperitoneales, o pélvicos, o raramente, por metástasis en el propio uréter. El 70% se debe a primarios genito-uritarios, cervix, vejiga o próstata. El resto, a mama, gastrointestinales o linfoma. A veces, la causa es benigna, fibrosis tras los tratamientos de cirugía y radioterapia. El tratamiento derivativo es factible, pero habrá que sopesarlo en el contexto del pronóstico del paciente. La retención urinaria y la obstrucción al flujo de salida de la vejiga puede ser por medicación, por tumoración, por estenosis uretral o por hiperplasia benigna de próstata. Inicialmente se descomprimirá con sonda, posteriormente se evaluará si proceden medidas más agresivas.

- Infección: Muy a menudo en relación con sondas de orina, a veces por sobreinfección de tumores de la esfera urológica, por

cálculos en vía urinaria, en ocasiones en pacientes inmunosuprimidos o neutropénicos, se considerarán todos estos factores a la hora de plantear una estrategia de tratamiento.

### Ortopédicas

- Fractura patológica: Requieren prevención con cirugía de soporte y tratamiento local agresivo para aliviar el dolor y restaurar la estabilidad del esqueleto, además de filiar la estirpe histológica, si se desconocía previamente la existencia de un tumor. Se considerará además la posibilidad de que sea un primario de hueso. Ante fracturas, como regla general se estima que merece la cirugía una fractura de fémur si la supervivencia esperada excede el mes, y una fractura de huesos que no son de carga si la supervivencia excede los tres meses. Se actuará en lesión lítica dolorosa que afecte a más del 50% de la sección ósea, lesión cortical de más de 2,5 cm, o una lesión que siga dolorosa tras la RT. A veces la RT podrá ser el tratamiento de elección, en ausencia de desplazamiento y en tumores sensibles como mieloma o linfoma.

Los tumores que causan fracturas patológicas con mayor frecuencia son el cáncer de mama, el de próstata, el de riñón y el de pulmón. Se tendrá en cuenta también la posibilidad de tratamiento antineoplásico y la analgesia en cada caso.

### Neurológicas

- Compresión medular: Urgencia típica, sobre todo por afectación epidural. La compresión epidural puede deberse también a absceso, hematoma, hernia discal, hemangioma vertebral. Los procesos intramedulares pueden ser metástasis, absceso, hematoma o siringomielia. La mielopatía, por radiación, por quimioterapia intratecal o paraneoplásica. También puede haber aracnoiditis o metástasis leptomeningeas. La clínica se suele iniciar con dolor, entre horas y meses antes de otros síntomas neurológicos. Típicamente luego aparece debilidad, más marcada proximalmente, que puede progresar a paraplejía, con nivel sensitivo y disfunción autonómica.

El diagnóstico se basa en la resonancia magnética. La mayor parte de las veces la lesión es en una vértebra torácica aunque puede haber afectación en múltiples puntos. El tratamiento urgente se basa en corticoides, radioterapia, y a veces citostáticos y hormonas y ha de ser rápido para

prevenir o corregir déficits motores que no revierten una vez establecidos. La cirugía se reserva a los casos en los que es necesario determinar la estirpe histológica de la masa compresiva, hay inestabilidad o compresión ósea, o la zona ya ha sido radiada anteriormente (6).

- **Hipertensión intracraneal:** Debida a efecto masa intracraneal o a obstrucción del flujo de líquido cefalo-raquídeo. Entre las causas están las metástasis cerebrales, la hemorragia, la trombosis de senos venosos, la meningitis, los traumatismos, los infartos o los abscesos. El cuadro clínico suele cursar con dolor y se deben buscar signos de herniación como alteraciones de consciencia, papiledema, anomalías pupilares, movimientos oculares anormales, náuseas y vómitos, o rigidez cervical. Tardíamente pueden aparecer hipertensión arterial y bradicardia. Tras la evaluación con estudios de imagen, sobre todo RMN, se plantea el tratamiento con hiperventilación en paciente sedado e intubado, manitol y esteroides. A veces se puede considerar la cirugía como por ejemplo en evacuación de hematomas o abscesos, resección de metástasis o ventriculostomía. Las medidas de emergencia ofrecen un beneficio temporal, que se valorará consolidar con tratamiento específico, como radioterapia en metástasis, antibióticos en infecciones, plaquetas en hemorragias en paciente con trombopenia, o anticoagulación en trombosis de senos venosos.

- **Convulsiones:** El estatus epiléptico, definido como más de 30 minutos de actividad convulsiva continuada o dos o más convulsiones sin recuperar la conciencia del todo, constituye una emergencia que requiere diagnóstico y tratamiento sin demora. De hecho se recomienda parar cuanto antes las convulsiones, ya que el deterioro neurológico se relaciona con la duración del estado convulsivo. Entre las causas están la infiltración tumoral del SNC, cerebral o meníngea, condiciones metabólicas como hiponatremia, hipomagnesemia, hipoxia, hipocalcemia, hipoglucemia o hiperglucemia, infarto cerebral, hemorragia, infecciones (listeria, citomegalovirus, herpes, criptococo, aspergillus, candida, toxoplasma), o toxicidad de medicación (metotrexato, citarabina, alcaloides de la vinca, interferón, opioides, antieméticos o antibióticos) o de la radioterapia. El tratamiento, según las pautas cronológicas del grupo de trabajo sobre estatus epiléptico de la Fundación Americana de Epilepsia, se inicia con el soporte cardiopulmonar necesario, la toma de muestras sanguíneas y la canalización venosa, se aporta glucosa y oxígeno, y progresivamente lorazepam o diazepam, y de ser

necesario fenitoína, fenobarbital hasta llegar a intubación, ventilación asistida, anestesia general con pentobarbital, midazolam o propofol si en una hora no se ha controlado el cuadro (7).

- **Hemorragia:** Las causas más comunes son metástasis, trombocitopenia y leucostasis. La hemorragia hipertensiva, común en la población general, se ve raramente. Los tumores que sangran con mayor facilidad son melanoma, coriocarcinoma y cáncer de riñón, si bien las metástasis de cáncer de pulmón, aunque no tienden a la hemorragia, son la causa más frecuente de hemorragia intrametastática, por su elevada incidencia. Las leucemias agudas, sobre todo las mieloides, la trombopenia por debajo de 10.000 plaquetas/microlitro, la policitemia, las discrasias de células plasmáticas, y la leucocitosis de más de 100.000 / microlitro en leucemia mielode aguda o de 400.000 /microlitro en linfoide, también pueden cursar con sangrado.

El tratamiento incluye soporte respiratorio y prevención de la aspiración de vía digestiva, tratamiento de la hipertensión, de la coagulopatía y de la elevación de presión intracraneal. En algunos casos puede estar indicada la cirugía.

### Metabólicas

- **Lisis tumoral:** Puede provocarla el tratamiento antineoplásico de tumores muy sensibles, pero también puede ocurrir espontáneamente en tumores de muy rápido crecimiento. Se caracteriza por hiperuricemia, hiperpotasemia, hiperfosfatemia, hipocalcemia, azotemia y fracaso renal.

Son situaciones de riesgo de su desarrollo los linfomas y leucemias, los tumores con afectación masiva retroperitoneal, intra-abdominal o mediastínica, la elevación de LDH o la leucocitosis, la oliguria y la función renal alterada. Se recomienda hiperhidratación, eliminación de úrico con allopurinol o con rubicase, alcalinización. En cuanto al tratamiento se dirige a corregir los trastornos metabólicos y a mantener la función renal.

- **Hipercalcemia:** Es muy frecuente, entre el 10 y el 20% de todos los pacientes con cáncer la presentan. Los tumores más comúnmente asociados son cáncer de mama, pulmón, mieloma, linfomas, tumores ORL, de tracto urinario, e hipernefoma. La clínica suele ser inespecífica, con astenia, anorexia, náuseas, estreñimiento, poliuria, polidipsia, clínica neurológica que puede llegar al coma y deshidratación que puede llevar a fracaso renal. El

tratamiento específico del tumor subyacente resuelve la hipercalcemia, pero además son necesarias hidratación, furosemida, y pueden ser útiles los bifosfonatos y la calcitonina, y a veces, el nitrato de galio y en situaciones excepcionales, la diálisis (8).

- **Hiponatremia:** Los estados edematosos, la depleción de volumen o la secreción inadecuada de ADH pueden llevar a hiponatremia. Los primeros se dan en hepatopatías, insuficiencia cardíaca, ascitis, con exceso de aporte y frecuentemente oliguria. La depleción de volumen se suele dar en diarrea, sangrado, vómitos o acumulación de líquido en tercer espacio. También cursa con oliguria y con hiponatremia en orina. Otras causas de hiponatremia son las pérdidas renales de sodio. Debidas a tóxicos como el cisplatino, a insuficiencia suprarrenal o a hemorragia cerebral, no cursan con oliguria y en orina hay hipernatremia.

La secreción inadecuada de ADH cursa con retención de agua y pérdida de sodio en orina, sin edemas. La causa puede ser tumoral, como el cáncer de células pequeñas de pulmón, pero también puede deberse a enfermedades del sistema nervioso, patología pulmonar o drogas como la morfina o la ciclofosfamida. Cursa con anorexia, astenia y malestar, síntomas neurológicos, que pueden llegar a convulsiones y coma.

El tratamiento de la hiponatremia con edemas se basa en restricción de sodio y agua. A la inversa, si la hiponatremia es por depleción de volumen extracelular se repondrá salino isotónico y se corregirá el déficit de potasio. En el SIADH asintomático se restringe el agua. Si hay clínica neurológica se añade salino hipertónico con o sin furosemida y/o demeclocilina para elevar lentamente el nivel de sodio, 10-15 mEq al día, para evitar el edema cerebral. El tratamiento causal puede revertir el síndrome (9).

- **Acidosis láctica:** Se suele asociar a hipoperfusión e hipoxia tisular, como ocurre en situaciones de sepsis o de shock, fallo cardíaco o anemia severa. También se ha descrito en alcoholismo, diabetes mellitus o cánceres con afectación extensa hepática, linfomas o leucemias. Cursa con elevación del lactato y aumento del anión gap. El tratamiento antineoplásico revierte el cuadro.

- **Diabetes mellitus:** Se presentan con frecuencia en los pacientes con cáncer tanto intolerancia a la glucosa como todo tipo de trastornos relacionados con diabetes mellitus, sobre todo no insulín dependiente. Esto se debe sobre todo a la alta frecuencia de la enfermedad en la población de mediana y avanzada edad y

por el uso de corticoesteroides sistémicos en pacientes con cáncer. En general, el tratamiento será similar al de todos los diabéticos, pero a menudo, con una menor importancia del control estricto si no tiene expresión clínica, y procurando resolver sobre todo las complicaciones que afecten a la calidad de vida en el corto plazo.

### Conclusión

Ante toda consulta urgente de cualquier paciente se valorará si puede haber un cáncer subyacente, sobre todo en enfermos que tengan dolor dorsal, con o sin síntomas neurológicos, buscando diagnosticar pronto la compresión medular y prevenir sus consecuencias. En pacientes con clínica grave, mal definida se buscarán alteraciones metabólicas o hidroelectrolíticas que explique el cuadro.

Los pacientes con cáncer consultan con frecuencia de manera urgente. En general la toma de decisiones se tiene que basar en la situación pronóstica de la neoplasia subyacente para adecuar la agresividad

de las medidas de soporte y resucitación, pero dada la mejoría de resultados en el tratamiento de ciertos cánceres, aconsejamos una actitud intervencionista siempre que quepa la duda de si el paciente parece tener antes del episodio urgente una supervivencia aproximada de varios meses, con cierta calidad de vida (tema que es extremadamente subjetivo). En concreto, las urgencias digestivas se aconseja enfocarlas como en los pacientes sin cáncer, ya que con mucha frecuencia son ajenas a la neoplasia subyacente.

También aconsejamos los tratamientos medicamentosos de inicio, como esteroides, analgésicos, diuréticos, antibióticos, insulina, anticonvulsivos, antiarrítmicos, según se necesite, para ver como evoluciona la situación, mientras se sopesa la indicación de actitudes más agresivas, como soporte respiratorio, vasopresores, punciones, marcapasos. La decisión de proceder a intervenciones de cirugía mayor requiere tener los datos completos de diagnóstico y pronóstico del paciente (salvo situaciones excepcionales extremas).

### Referencias bibliográficas

1. Keefe DL. Cardiovascular emergencies in the cancer patient. *Semin Oncol* 2000; 27: 244-55.
2. Girardi L, Ginsberg R, Burt M. Pericardiocentesis and intrapericardial sclerosis: Effective therapy for malignant effusions. *Ann Thorac Surg* 1997; 64:1422-8.
3. Aurora R, Milite F, Els NJV: Respiratory emergencies. *Semin Oncol* 2000; 27:256-69.
4. Hochrein J, Bashore TM, O'Laughlin MP. Percutaneous stenting of superior vena cava syndrome: A case report and review of the literature. *Am J Med* 1998; 104:78-84.
5. Schnoll-Sussman F, Kurtz RC. Gastrointestinal emergencies in the critically ill cancer patient. *Semin Oncol* 2000; 27:270-83.
6. Quinn JA, DeAngelis LM. Neurologic emergencies in the cancer patient. *Semin Oncol* 2000; 27: 311-21.
7. Epilepsy Foundation of America. Treatment of convulsive status epilepticus. Recommendations of the Epilepsy Foundation of America's Working Group on Status Epilepticus. *JAMA* 1993; 270: 854-59.
8. Warrell RP. Metabolic emergencies. En DeVita JR, Hellman S, Rosenberg SA (eds). *Cancer: Principles and practice of oncology*. Lippincott Williams Wilkins Philadelphia 2001.
9. Hainsworth JD, Workman R, Greco FA. Management of the syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion in small cell lung cancer. *Cancer* 1983; 51: 161-5.