



“Grupo de Trabajo Oncología- AP Costa de la Muerte”.

## Módulo 4

### Urxencias Respiratorias

Autor: Dr. F. Molina Nieto, Dr. L. M. Antón Aparicio

## **URXENCIAS RESPIRATORIAS**

### **DISNEA**

A disnea defínese como unha sensación de dificultade ou disconfort respiratorio que algúns pacientes poden describir como falta de aire, afogo ou sufocación. A súa incidencia nos tumores avanzados varía segundo as series entre o 21 e o 90%, dependendo da localizacións tumorais ( no cancro de pulmón é un síntoma moi prevalente e pode prolongarse durante moito tempo). Con frecuencia coexisten outras enfermidades (insuficiencia cardíaca, enfermidade pulmonar obstrutiva crónica) que agravan a situación respiratoria e, en consecuencia, acentúan o síntoma.

#### ***Tratamento***

Deberá incluír, por un lado, o tratamento da causa sempre que sexa posible e estea indicado. O tratamento causal inclúe os tratamentos antineoplásicos cando se poida esperar unha resposta.

O segundo aspecto será identificar causas asociadas potencialmente tratables (broncoespasmo, derramos, tromboembolismo, pneumonía, arritmias) e comezar precozmente o seu tratamento específico.

En terceiro lugar sitúanse as medidas sintomáticas necesarias.

#### ***Oxigenoterapia***

O osíxeno utilízase na disnea de calquera orixe. O seu beneficio está demostrado na enfermidade pulmonar obstrutiva crónica e a insuficiencia cardíaca conxestiva, e o uso noutras situacións redúcese desta efectividade.

#### ***Opiáceos***

Forman parte tamén das medidas habituais de soporte dos pacientes con disnea. A pesar da precaución, non se demostrou ningún efecto depresor da respiración cando se dosifican axeitadamente.

A dosificación dependerá da gravidade do síntoma e de tolerancia a opiáceos que puidese desenvolver.

#### ***Ansiolíticos***

A disnea, sobre todo se é aguda ou intensa, produce ansiedade e pánico. A pesar diso os ansiolíticos non se recomentan como tratamento inicial porque en varios estudos en enfermidade obstrutiva crónica as benzodiazepinas non foron eficaces. Non obstante pódese formular a súa utilización en casos individuais segundo o compoñente de ansiedade de cada paciente.

## **DERRAMO PLEURAL MALIGNO**

O derramo pleural maligno representa entre un 38-52%-52 dos derramos pleurais do adulto. Todas as neoplasias agás os tumores cerebrais poden presentar na súa evolución derramo pleural. Os derramos pleurais malignos están asociados cos seguintes tumores en orde decrecente: cancro pulmón (24-42%-42), adenocarcinomas de primeiro descoñecido (34%), cancro mama (23-25%-25), linfoma (12-24%-24). O quilotórax normalmente está causado por linfoma, aínda que ás veces está asociado con metástases mediastínicas relacionadas con carcinoma broncoxénico ou outros tumores.

Un derramo pleural maligno significa unha enfermidade avanzada.

**Diagnóstico:** Os pacientes que presentan derramo pleural maligno xeralmente está sintomático referindo principalmente disnea, tose ou dor torácica pleurítico. Hemoptise, febre ou disfagia obsérvanse con menor frecuencia.

A radioloxía de tórax constitúe o método diagnóstico máis práctico, as vistas lateral e posteroanterior pode obxectivar derramos por enriba dos 250 ml con pinzamento do seo costodiafragmático.

O líquido extraído na toracocentesis diagnóstica sérvenos para realizar un estudo microbiolóxico, un estudo bioquímico para determinar se é un trasudado ou exsudado.

A biopsia pleural servirá para establecer un diagnóstico nun 20% daqueles pacientes que tiveron unha citoloxía negativa.

A toracotomía ou pleuroscopia con biopsia directa realizarase naqueles pacientes cuxa citoloxía e biopsia pleural foron negativas.

### ***Manexo do derramo pleural***

**Toracocentesis evacuadora.** A insuficiencia respiratoria causada polo derramo pleural pode aliviarse cando se drena entre uns 750-1.000 ml.

**Pleurodesis:** O principal obxectivo que debemos conseguir no tratamento do derramo pleural é o alivio da disnea. Por tanto, a evacuación do derramo pleural e a obliteración do espazo pleural (pleurodesis) para previr a reacumulación de líquidos é o principal obxectivo da devandita técnica en que normalmente se asocia axentes esclerosantes para aumentar a súa eficacia. O talco é máis activo aínda que con maiores efectos secundario.

Normalmente o réxime máis réxime máis recomendado é un tubo de drenaxe torácica con instilación de bleomicina, aínda que ultimamente se está a realizar a video toracoscopia con talcaxe.

## **OBSTRUCCIÓN DE VÍAS AÉREAS**

A obstrución da vía aérea é unha causa importante de morbilidade en pacientes con cancro aínda que só en ocasións constitúe unha actuación urxente. Os síntomas máis frecuentes son tose, disnea, estridor e hemoptise. Xunto á disnea, tose e estridor inspiratorio pode aparecer outros síntomas acompañantes como odinofaxia e disfonía.

Os estudos radiolóxicos como a radiografía simple de tórax e colo poden poñer de manifesto áreas de atelectasia, pneumonite obstrutiva, masa pulmonar, desprazamentos e compresións traqueais.

O pronóstico dependerá da localización grao de obstrución, causa e estadio da neoplasia de base, se esta fose a causa.

A causas máis frecuentes de obstrución da vía aérea inclúen:

1. Tumores localmente avanzados que asintan ao nivel de orofarinxe ou larinxe, xeralmente carcinomas epidermoides ou recidivas ao nivel de traqueostoma, o edema de glote no seo de unha reacción anafiláctica, abscesos ao nivel de óroa-hipofarinxe, lesións por intubación ou corpos estranos.
2. Neoplasias malignas da traquea
3. Invasións locais por carcinomas de esófago, carcinomas anaplásicos de tiroide ou tumores mediastínicos.
4. Metástase endobronquiales.
5. Carcinomas de pulmón. Estes tumores van afectar a vía aérea ben por crecemento intraluminal ben por compresións extrínsecas por afectación ganglionar hiliar ou mediastínica.

### ***Manexo da obstrución de vías aéreas.***

*Traqueotomía.* Realízase como medida urxente naqueles casos en que estea comprometida a vía aérea superior. As complicacións da traqueotomía son: hemorraxia, pneumotórax, parálise recorrente, morte súbita por reacción vagal, estenose, fístula esofagotraqueal, mediastinitis e obstrución por secrecións.

*Resección cirúrxica.* Indicada como tratamento no caso dos tumores da esfera ORL, que implican xeralmente a realización unha larinxectomía e traqueotomía permanente.

*Irradiación externa.* A radioterapia controla, no 60-80%-80 dos casos, a tose e a disnea, pero tan só un 25% das atelectasias pulmonares secundarias a lesións endobronquiales melloran. A radioterapia non estará indicada en caso de lesións obstrutivas graves sen acompañarse doutras medidas de urxencia (laserterapia, traqueostomía...) xa que o edema secundario pode comprometer máis a vía respiratoria.

*Braquiterapia.* Naqueles casos de lesións tumorais de traquea ou bronquios que se estenden máis alá da parede ben nas recidivas ou como tratamento complementario á radioterapia ou cirurxía.

*Láser:* O láser de CO<sub>2</sub> emprégase xeralmente para lesións localizadas en larinxe ou traquea superior.

As indicacións son: tratamento paliativo de lesións obstrutivas primarias ou metastásicas, para evitar a obstrución grave derivada do edema secundario á radioterapia. A súa utilidade é manifesta cando as lesións son menores de 4 cm, e cando as lesións non se estende máis alá da cartilaxe.

As complicacións da terapia con láser son: hemorraxias, febre, ventilación mecánica prolongada, pneumotórax, perforación, fístulas (broncopleural, traqueoesofáxica), obstrución vía aérea e arritmia cardíaca.

*Crioterapia.* A aplicación de óxido nítrico ou nitróxeno líquido a través do fibrobroncoscopio ríxido co obxectivo de producir un efecto tóxico sobre as células tumorais.

*Próteses traqueobronquiais.* De silicona e as de metal.

As indicacións son: compresións extrínsecas da vía aérea, parede bronquial inestable por destrución da cartilaxe, medida paliativa temporal ata lograr a eficacia dun tratamento específico.

As contraindicacións son: estenose crónica e curtas de menos de 2,5 cm polo risco de migración e a estenose traqueais altas (mala tolerancia).

As complicacións son: hemoptise, migración da prótese, intolerancia, obstrución por tapón de moco e fístulas.

## HEMOPTISE

Considérase hemoptise masiva cando exista un sangrado maior a 600 ml en 24 horas.

Dentro das causas neoplásicas o carcinoma epidermoide e o carcinoide son os tipos histolóxicos asociados con máis frecuencia así como as metástases de hipernefoma, carcinoma de tiroide e linfoma. O aspergiloma pulmonar asóciase a hemoptise no 50-78%-78 dos casos.

**Diagnóstico:** as probas diagnósticas máis importante é a fibrobroncoscopia.

A arteriografía é a proba diagnóstica de elección para localizar fístulas ou malformacións arteriovenosas.

*Tratamento:* Ademais das medidas xerais (posición semisentado, oxigenoterapia, aspiración de secrecións, antitusígenos, fluidoterapia e hemoderivados) a broncoscopia e a medida diagnóstica máis utilizada permitiranos:

- a) Aspirar de forma continua para evitar coágulos que obstrúan a vía aérea
- b) Realizar lavados con soro salino frío en casos de sangrados non excesivos da árbore bronquial proximal.
- c) Administrar fármacos vasoactivos como epinefrina 1/10.000 (3 ml)
- d) Taponamento ben mediante catéteres con balón, colocar gasas empapadas trombina (5-10 ml) ou fibrina (5-10 ml)
- e) Coagulación mediante láser.
- f) Intubación selectiva da vía aérea libre con illamento de bronquio que sangra.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Hirsch A, Ruffie P, Nebut M, Bignon J, Chretien J: Pleural effusion laboratory tests in 300 cases. *Thorax* 1979; 34 (1): 106-12.
2. Vladutiu AO: Carcinoembryonic antigen in palmeral effusions. *Lancet* 1978 19; 2 (8086): 423-424.
3. Austin EH, Flye MW: The treatment of recurrent malignant pleural efusión. *Ann Thorac Surg* 1979; 28(2): 190-203.
4. Bruneau R, Rubin P: The Management of pleural effusions and chylothorax in lymphoma. *Radiology* 1967 Dec; 85(6): 1085-92.
5. Slawson RB, Scott RM: Radiation therapy in bronchogenic carcinoma. *Radiology* 1979; 132: 175-176.
6. Schary MF Mcdougall JC, Martinez A y Cols: Management of malignant airway compromise witli laser and low dose rate brachytherapy. *Chest* 1988; 93 (2): 264-269.
7. Bedwinek J, Petty A, Bruton C, Sofield J, Lee L: The use of high dose rate endobronchial brachytherapy to palliate symptomatic endobronchial recurrence of previously irradiated brocnhogenic carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1992; 22 (1): 23-30.
8. W. Mark Brutinel, Denis A. Cortese John C: Mcdougall Rober G. Gillio Erik J. Bergstralh. A two-year experience with the neodymium-yag laser endobronchial obstruction. *Chest* 1987; 91: 159-165.
9. Bolliger CT, Probst R, Tshopp K, Soler M, Perruchoud A P: Silicone Stents in the Management of inoperable tracheobronchial stenoses. Indications and limitations. *Chest* 1993; 104: 1653-1659.
10. Miller RR, McGregor DH: Hemorrhage from carcinoma of the lung. *Cancer* 1980, 46: 200-205.
11. Gong H Jr, Salvatierra C: Clinical efficacy of early and delayed fiberoptic bonchoscopy in patients with hemoptysis. *An Res Resp Dis* 1981; 124: 221-225.
12. Rémy J, Arnaud A, Fardou H y Cols.: Treatment of hemoptysis by embolization of bronchial arteries. *Radiology* 1977; 122: 33-37.

13. Thompson AB, Teschler H, Rennard SI: Pathogenesis, evaluation, and therapy for massive hemoptysis. *Clin Chest MED* 1992; 13: 69-82.