

DIAGNÓSTICO E MANEJO DAS URGÊNCIAS ONCOLÓGICAS

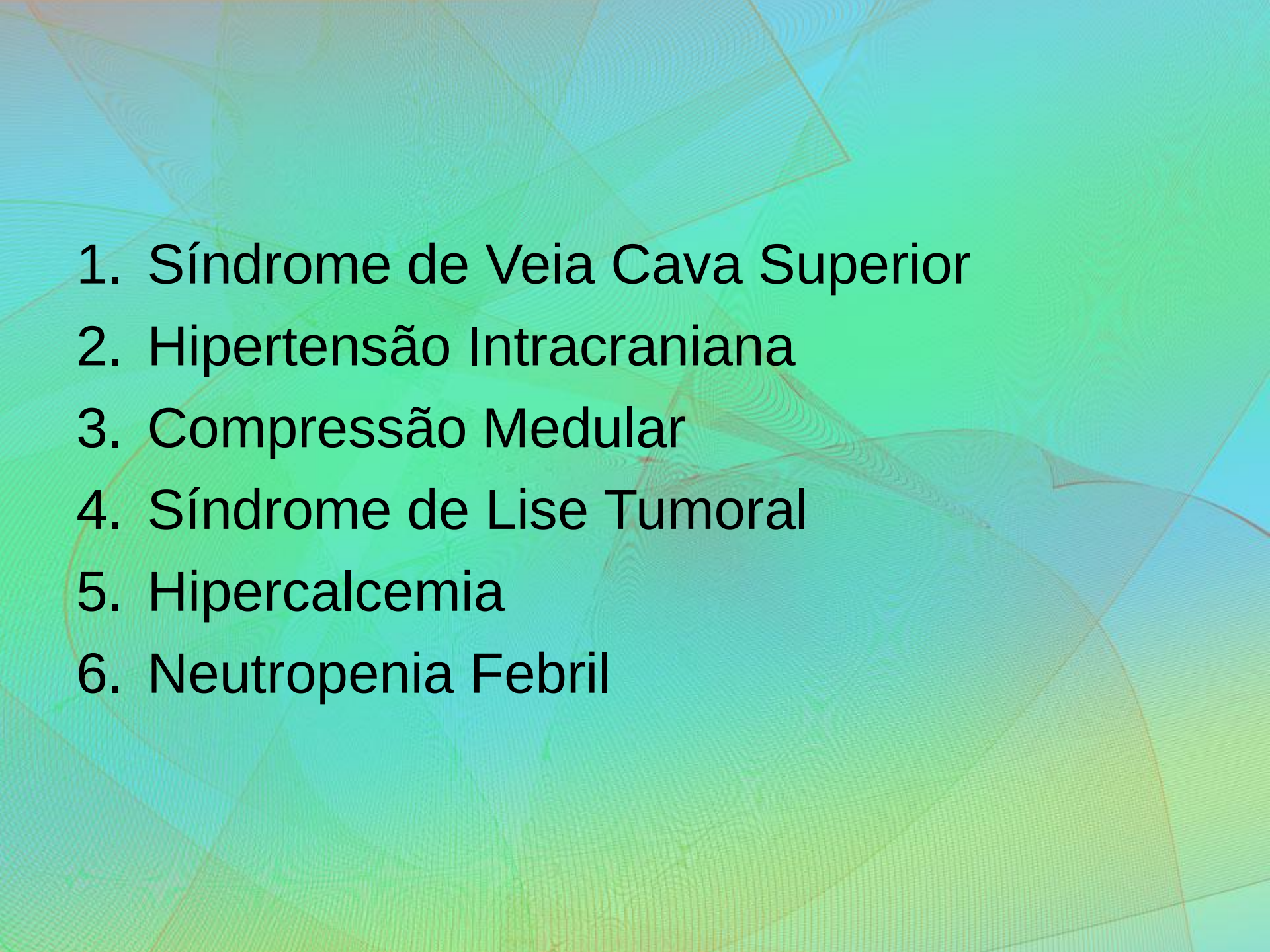
Dra. Liane Rapatoni

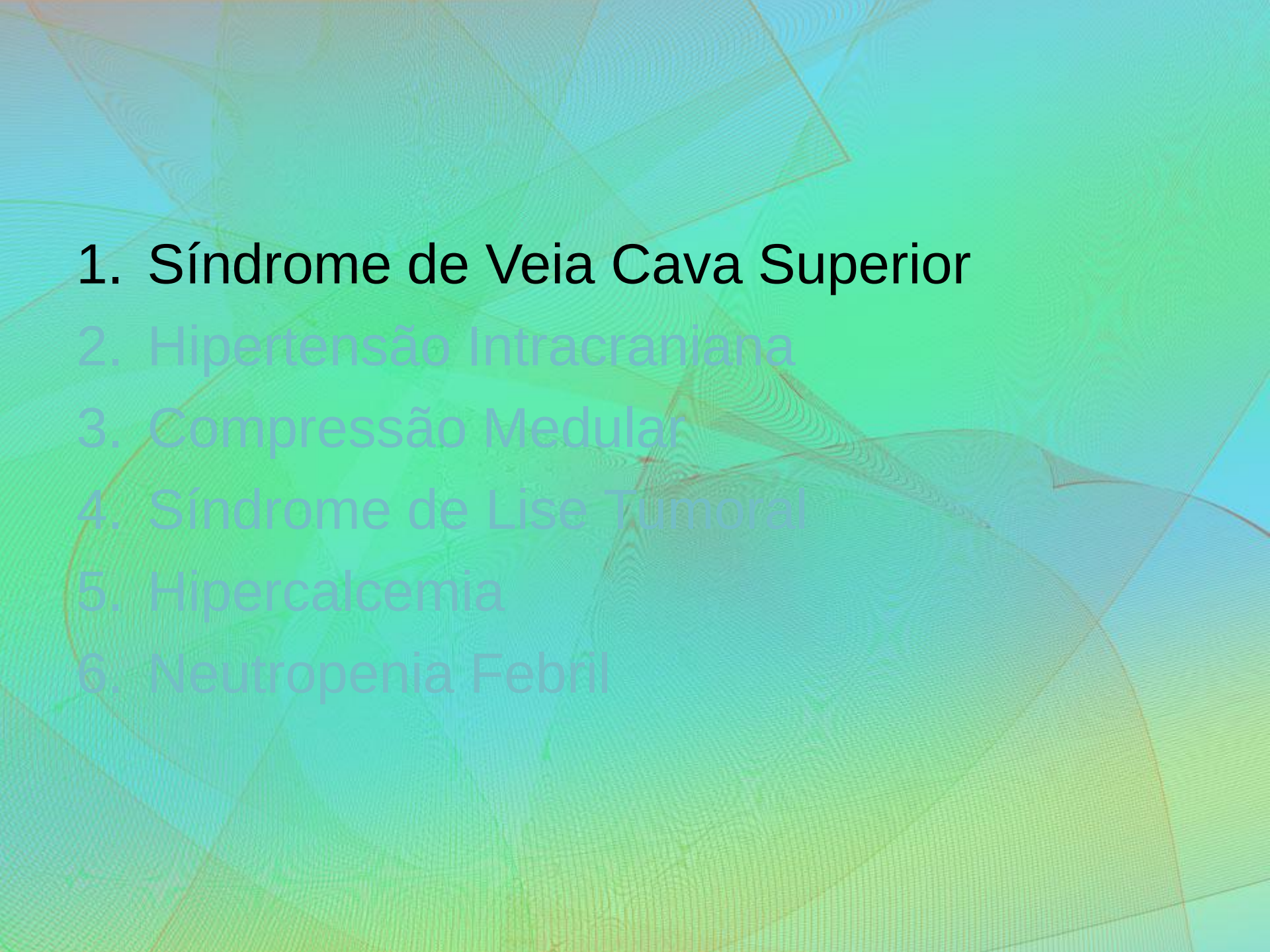
Oncologista Clínica

Médica Assistente da Área de Oncologia Clínica –

Departamento de Clínica Médica

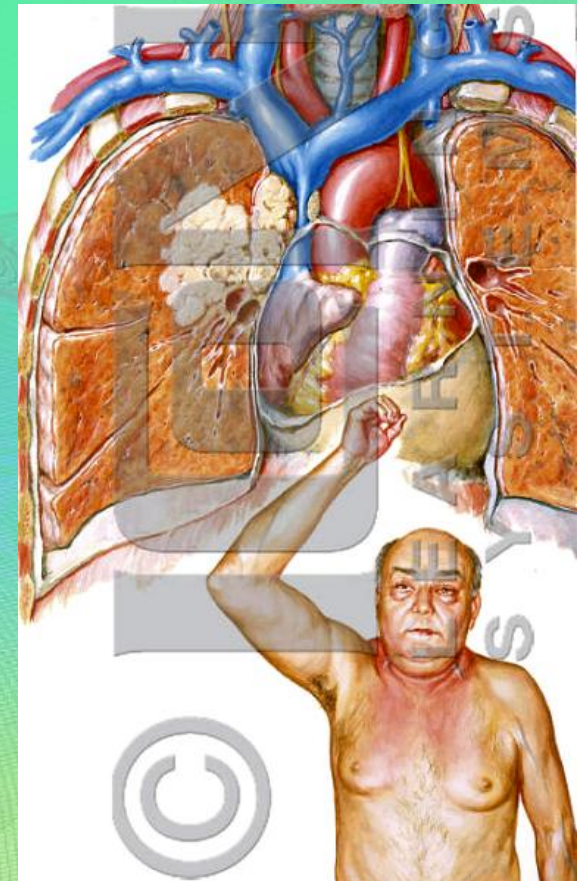
HCFMRP

- 
1. Síndrome de Veia Cava Superior
 2. Hipertensão Intracraniana
 3. Compressão Medular
 4. Síndrome de Lise Tumoral
 5. Hipercalcemia
 6. Neutropenia Febril

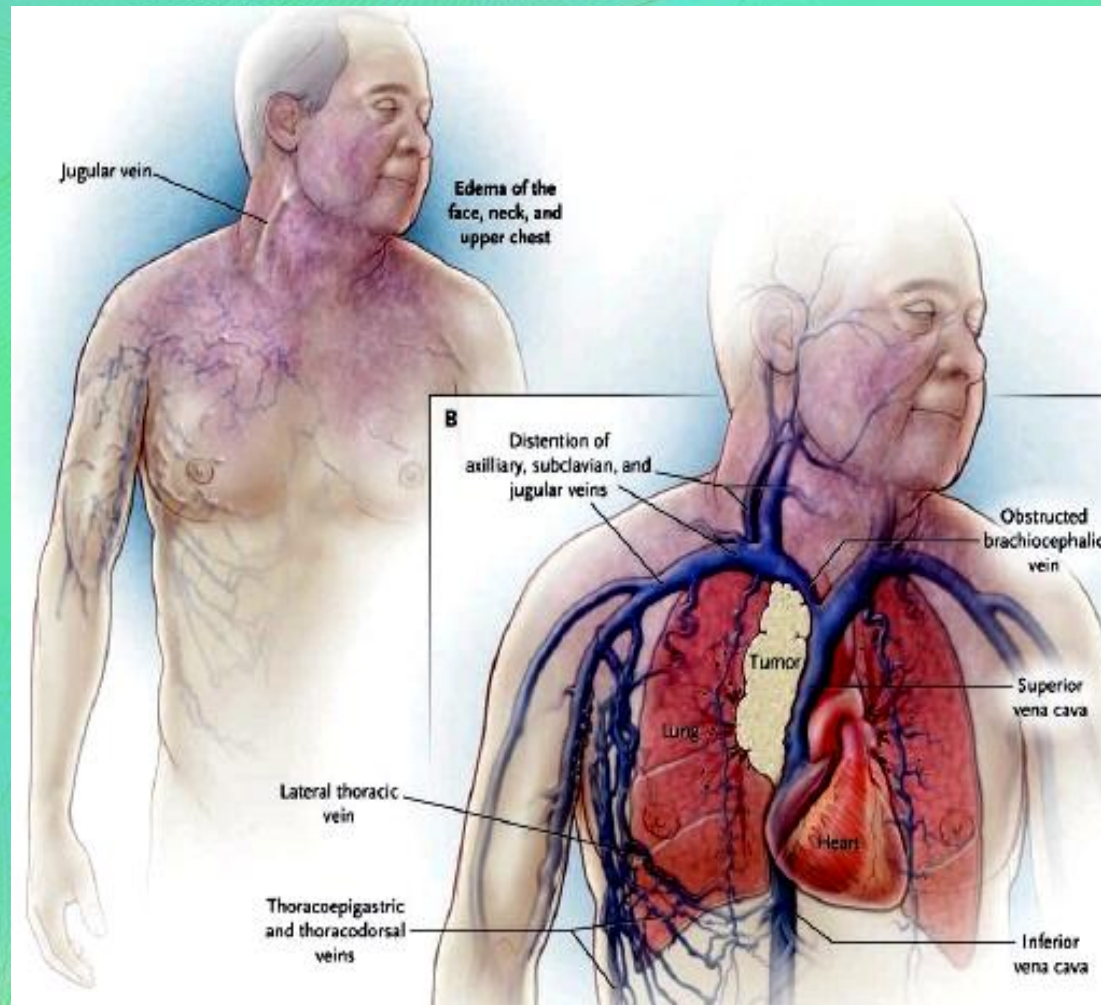
- 
1. Síndrome de Veia Cava Superior
 2. Hipertensão Intracraniana
 3. Compressão Medular
 4. Síndrome de Lise Tumoral
 5. Hipercalcemia
 6. Neutropenia Febril

1. Síndrome de Veia Cava Superior

- Sinais e sintomas decorrentes da obstrução do fluxo sanguíneo, que ocorre por compressão, invasão ou trombose da veia cava superior



1. Síndrome de Veia Cava Superior



1. Síndrome de Veia Cava Superior

- ETIOLOGIA

- Neoplasia (60-86%)
 - 80% neoplasia de pulmão direito
 - Pequenas células (38%)
 - CEC pulmão (26%)
 - Linfoma mediastino (8%)
 - Outros tumores 1^{ário} de mediastino
 - Metastático (mama – 11%)

1. Síndrome de Veia Cava Superior

- ETIOLOGIA

- Não neoplásica (40%)
 - Catéter venoso central
 - Marcapasso
 - Aneurisma
 - Mediastinite tuberculosa

1. Síndrome de Veia Cava Superior

- SINAIS E SINTOMAS

- Início insidioso
- Dispnéia (63%), edema de face (50%), tosse (24%), edema MMSS (18%), dor precordial, disfagia
- Distensão veias do pescoço (66%) e parede torácica (54%), edema de face (46%), pletora (19%), cianose (19%)

1. Síndrome de Veia Cava Superior

- **DIAGNÓSTICO**

- Clínico
- R-X tórax: alargamento mediastino superior, derrame pleural
- CT tórax
- Pet-CT

1. Síndrome de Veia Cava Superior

- DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO
 - Toracocentese + citologia = 50%
 - Broncoscopia = 50 a 70%
 - Biópsia transtorácica = 75%
 - Mediastinoscopia / Mediastinotomia = 90%
 - Biópsia de gânglio

1. Síndrome de Veia Cava Superior

- TRATAMENTO SINTOMÁTICO
 - Repouso com cabeceira elevada
 - O₂
 - Diurético, redução sódio na dieta
 - Corticóide
 - Trombólise
 - Stent endovascular
 - Evitar punção em MMSS

1. Síndrome de Veia Cava Superior

- TRATAMENTO DOENÇA DE BASE

- Ca pulmão pequenas células, LNH, TCG (50%)
 - QT
- Ca pulmão não pequenas células
 - RxT e/ou stent

1. Síndrome de Veia Cava Superior

- TRATAMENTO DOENÇA DE BASE

- RxT

- Alívio sintomas

- SV 1 ano: 17%

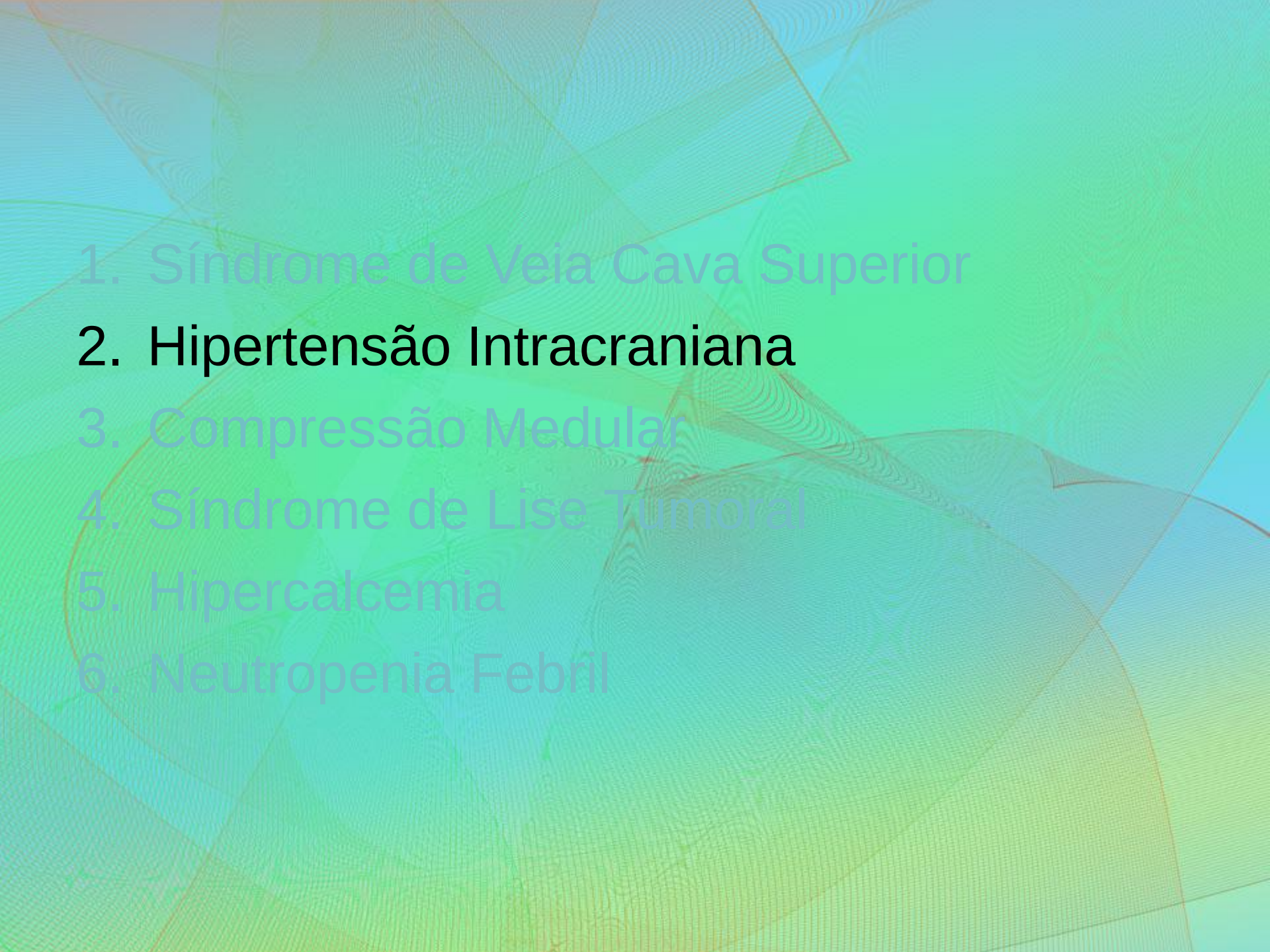
- SV 2 anos: 2%

- Sem diagnóstico → se piora clínica

- 2–4 frações de 3-4 cGy + fracionamento habitual

1. Síndrome de Veia Cava Superior

- TRATAMENTO DOENÇA DE BASE
 - Angioplastia e stent endovascular
 - ✓ Associado à trombólise
 - ✓ Sucesso: 85%
 - ✓ Complicações: 0-50%
 - Cirurgia (Bypass)
 - Trombólise

- 
1. Síndrome de Veia Cava Superior
 2. Hipertensão Intracraniana
 3. Compressão Medular
 4. Síndrome de Lise Tumoral
 5. Hipercalcemia
 6. Neutropenia Febril

2. Hipertensão Intracraniana

- ETIOLOGIA

- Metástase cerebral (com ou sem sangramento)
 - ✓ Aumento volume cérebro
- Coagulopatia
- Infecção, abscesso
- Hidrocefalia (carcinomatose meníngea, massa sub endimensional ou leptomeníngea)
 - ✓ Produção/reabsorção LCR

2. Hipertensão Intracraniana

- EPIDEMIOLOGIA

- 8,5% dos pacientes com câncer → meta SNC
 - ✓ Pulmão (18-64%)
 - ✓ Mama (2-21%)
 - ✓ Colorretal (2-12%)
 - ✓ Melanoma (4-16%)
 - ✓ Rim (1-8%)
 - ✓ 1^{ário} desconhecido (1-18%)
- Causas 2^{árias}

2. Hipertensão Intracraniana

- SINAIS E SINTOMAS
- Cefaléia
- Náusea e vômito
- Sonolência
- Coma
 - Sintomas precoces → fossa posterior
 - Evolução para herniação → semanas ou horas

2. Hipertensão Intracraniana

- SINAIS E SINTOMAS
- Papiledema
- Déficit motor focal
- Alteração cognitiva
- Crise convulsiva
- SIADH
- Reflexo Kocher-Cushing (alteração padrão respiratório, $\uparrow$ PA, bradicardia)

2. Hipertensão Intracraniana

- DIAGNÓSTICO
- Anamnese e exame físico
- CT crânio
- RNM e RNM com espectroscopia
- Punção LCR

2. Hipertensão Intracraniana

- TRATAMENTO SINTOMÁTICO
- Elevação cabeça e tronco
- Corticóide
 - Reduz edema vasogênico
 - Evitar na suspeita de linfoma 1^{ário} de SNC (pré diagnóstico)
- Manitol
 - 20 ou 25%; 0,75-1 g/Kg (ataque); 0,25-,5 g/Kg cada 3-6 horas

2. Hipertensão Intracraniana

- TRATAMENTO SINTOMÁTICO
- UTI
- IOT + VM, com hiperventilação (pCO 25-39 mmHg)
- Derivação ventricular

2. Hipertensão Intracraniana

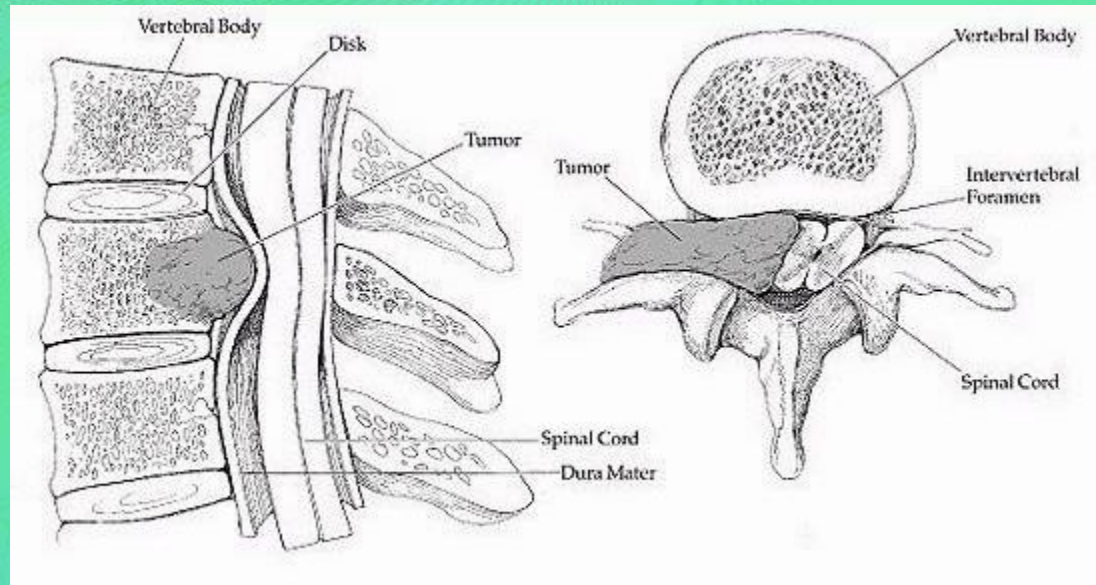
- TRATAMENTO DOENÇA DE BASE
- RxT
- Ressecção metástase
- ATB, drenagem abscesso, correção coagulopatia

2. Hipertensão Intracraniana

TERAPIA	SOBREVIDA MÉDIA* (meses)
Sem tratamento	1 a 2
Esteróide	2 a 3
WBRT	3 a 6
Cirurgia + WBRT	10 a 16
Radiocirurgia + WBRT	6 a 15
Quimioterapia	8 a 12

- 
1. Síndrome de Veia Cava Superior
 2. Hipertensão Intracraniana
 3. **Compressão Medular**
 4. Síndrome de Lise Tumoral
 5. Hipercalcemia
 6. Neutropenia Febril

3. Compressão Medular



3. Compressão Medular

- ETIOLOGIA

- ✓ Mama 20%
- ✓ Pulmão 17%
- ✓ Linfoma 9%
- ✓ Próstata 7%
- ✓ Sarcoma 6,6%
- ✓ Mieloma 6%
- ✓ Rim 5,6%

3. Compressão Medular

- EPIDEMIOLOGIA

- ✓ Ocorre em 5-10% das neoplasias
- ✓ Manifestação inicial em 10% das neoplasias
- ✓ 70% coluna torácica
- ✓ 20% coluna lombossacra
- ✓ 10% coluna cervical

3. Compressão Medular

- SINAIS E SINTOMAS
- Dor em coluna
- Fraqueza muscular → “pernas pesadas”, dificuldade para subir escadas
 - Antes da alteração sensitiva
- Paraparesia, tetraparesia

3. Compressão Medular

- SINAIS E SINTOMAS
- Alteração sensibilidade (2-3 segmentos abaixo da metástase)
- Disfunção bexiga
- Síndrome de Horner (miose, ptose, enoftalmo)

3. Compressão Medular

- DIAGNÓSTICO
- Tempo até diagnóstico: 3 meses
- Anamnese e exame físico

3. Compressão Medular

- DIAGNÓSTICO
- RNM de toda coluna
 - Exame + sensível
 - $\frac{1}{3}$ dos pacientes apresenta lesão em vários níveis
- R-X coluna: sensibilidade baixa (80%)
- Cintilografia óssea
- Pet-CT
- Sem diagnóstico de neo → BIÓPSIA!

3. Compressão Medular

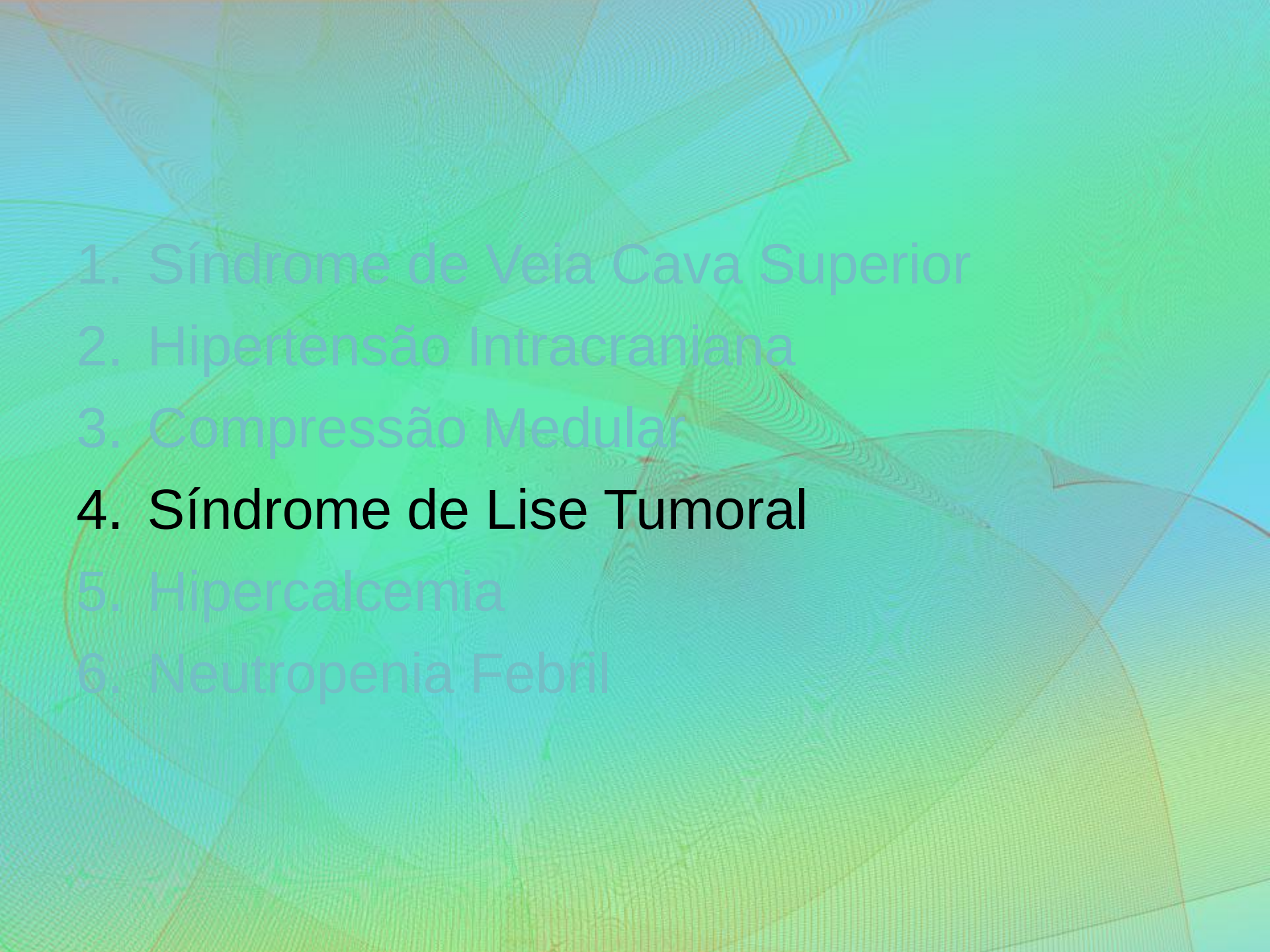
- TRATAMENTO SINTOMÁTICO
- Corticóide imediatamente à suspeita
- RxT em $\frac{2}{3}$ dos casos
- Descompressão cirúrgica (1 a cada 5-6 ptes)
 - Paraplegia < 48 horas; tumores não radio-sensíveis; sem outras lesões em SNC; compressão em 1 nível; boas condições clínicas; expectativa de vida > 3 meses

3. Compressão Medular

- TRATAMENTO DA DOENÇA DE BASE
- QT: doença extremamente quimiossensível (LNH)
- Bisfosfonatos

3. Compressão Medular

- PROGNÓSTICO
- Tipo e extensão doença de base
 - Sem tratamento: SV 1 mês
 - SV média: 3-16 meses
- Recuperação capacidade de deambular ou manter paciente ambulatorial:
 - Sem déficit neurológico significativo → 80%
 - Mielopatia moderada → 50%
 - Paraplegia → 5%

- 
1. Síndrome de Veia Cava Superior
 2. Hipertensão Intracraniana
 3. Compressão Medular
 4. Síndrome de Lise Tumoral
 5. Hipercalcemia
 6. Neutropenia Febril

4. Síndrome de Lise Tumoral

- Hipercalemia
- Hiperfosfatemia
- Hipocalcemia
- Hiperuricemia

4. Síndrome de Lise Tumoral

- ETIOLOGIA
- Espontânea
- Induzida pelo tratamento
 - Morte das células, em um tumor de crescimento rápido
 - Horas ou dias após administração do tratamento

4. Síndrome de Lise Tumoral

- ETIOLOGIA
- Neoplasias mieloproliferativas quimiossesíveis com alta taxa de crescimento celular
 - Doença “bulky”, grandes leucocitoses
 - Mieloproliferativas, leucemias agudas, LNH alto grau (Burkitt)

4. Síndrome de Lise Tumoral

- FATORES DE RISCO
- Doença ‘bulky’, hepatoesplenomegalia, grandes leucocitoses, ↑ LDH pré tratamento
- Ácido úrico elevado pré tratamento
- Comprometimento função renal
- Uso de drogas nefrotóxicas

4. Síndrome de Lise Tumoral

- EPIDEMIOLOGIA
- Incidência: 42%
- Clinicamente significativa: 6%
- Mortalidade: 17,5%

4. Síndrome de Lise Tumoral

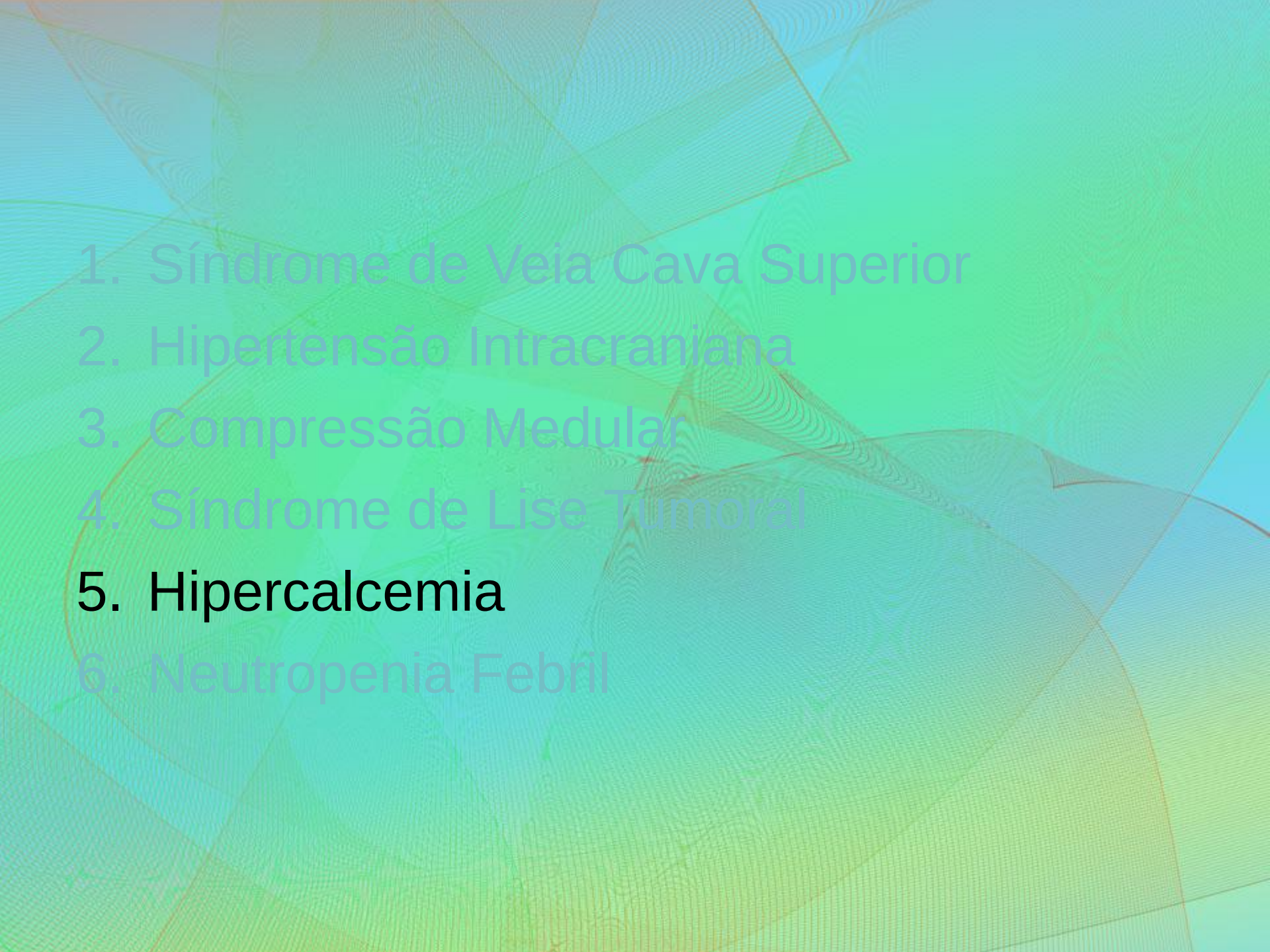
- SINAIS E SINTOMAS
- Alterações laboratoriais assintomáticas
- Alterações clínicas 2^{árias} a distúrbios hidroeletrolíticos
 - Arritmia cardíaca e PCR ($\uparrow$ K)
 - Irritabilidade neuromuscular, tetania, convulsão, alteração nível consciência ($\downarrow$ Ca)
 - IRA ($\uparrow$ ácido úrico e fosfato)
 - Acidose metabólica

4. Síndrome de Lise Tumoral

- TRATAMENTO
- O mais importante é a PREVENÇÃO
 - 24 horas antes do início da QT: alopurinol, quelantes de fosfato, hidratação vigorosa (3000 ml/m²/dia)
 - Alcalinização urina??

4. Síndrome de Lise Tumoral

- TRATAMENTO
- Hipercalemia
 - Resinas ligadoras de K, GlucoCa, solução polarizada
- Hiperfosfatemia e hipocalcemia
 - Quelante de fostafo: hidróxido de alumínio
- Hiperuricemia
 - Alopurinol 400 mg/m²/dia (queda 48-72 h)
 - Rasburicase (urato oxidase recombinante)
- Diálise

- 
1. Síndrome de Veia Cava Superior
 2. Hipertensão Intracraniana
 3. Compressão Medular
 4. Síndrome de Lise Tumoral
 - 5. Hipercalcemia**
 6. Neutropenia Febril

5. Hipercalcemia

- ETIOLOGIA
- 2^{ária} à lesão osteolítica
- Síndrome paraneoplásica humoral
 - PTHrP: ↑ reabsorção óssea e ↑ reabsorção renal de Ca

5. Hipercalcemia

- EPIDEMIOLOGIA
- Síndrome paraneoplásica mais comum: 10-20% pacientes com neoplasia avançada
- Melanoma, mama, rim, pulmão, cabeça e pescoço

5. Hipercalcemia

- SINAIS E SINTOMAS
- Náusea, vômito
- Constipação
- Poliúria
- Desorientação

5. Hipercalcemia

- **TRATAMENTO**
- Hidratação
- Furosemida
- Bisfosfonatos: zoledronato, pamidronato, clodronato → normalização 4-10 dias
- Nitrato de gálio: infusão contínua em 5 dias
- Plicamicina (inibe síntese de RNA de osteoclastos): normalização em 12 horas, pico 48 horas
- Calcitonina: normalização em 2-6 horas.

- 
1. Síndrome de Veia Cava Superior
 2. Hipertensão Intracraniana
 3. Compressão Medular
 4. Síndrome de Lise Tumoral
 5. Hipercalcemia
 6. Neutropenia Febril

6. Neutropenia Febril

- Elevação da temperatura superior a $38,3^{\circ}$, ou $37,9^{\circ}$ por uma hora e neutrófilos abaixo de 500 cél/ml ou 1000, em queda.
- Infecção em 60 % dos casos

6. Neutropenia Febril

- História e exame físico
- Hemograma
- Hemocultura (sangue periférico e de catéter), urocultura
- Raio X de tórax, seios da face e urinálise

6. Neutropenia Febril

Tabela 1: Multinacional Association for Supportive Care in Câncer Predictive Model (MASCC)

Características da doença	Pontuação
Sem sintomas ou sintomas mínimos	5
Sintomas moderados	3
Sem hipotensão	5
Sem DPOC	4
Tumor sólido ou neoplasia hematológica sem história prévia de infecção fúngica provável ou confirmada*	4
Infecção domiciliar	3
Sem desidratação	3
Idade < 60 anos	2

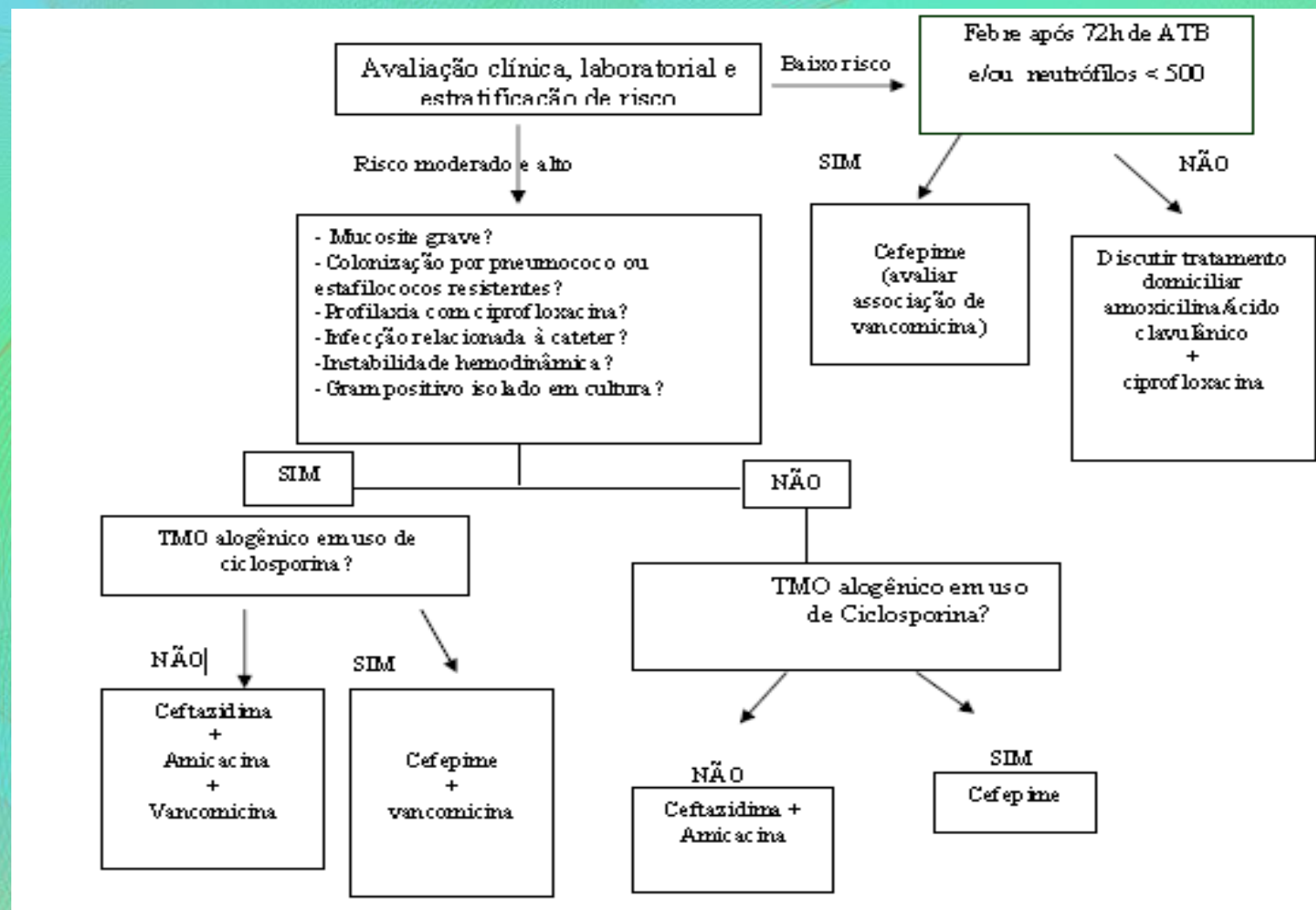
Baixo risco	Alto risco
- MASCC ≥ 21 - Sem outros critérios de alto risco	- MASCC ≤ 21 - Leucemia mieloide aguda - Leucemia linfóide aguda em indução/consolidação - Transplante autólogo - Transplante alogênico

6. Neutropenia Febril

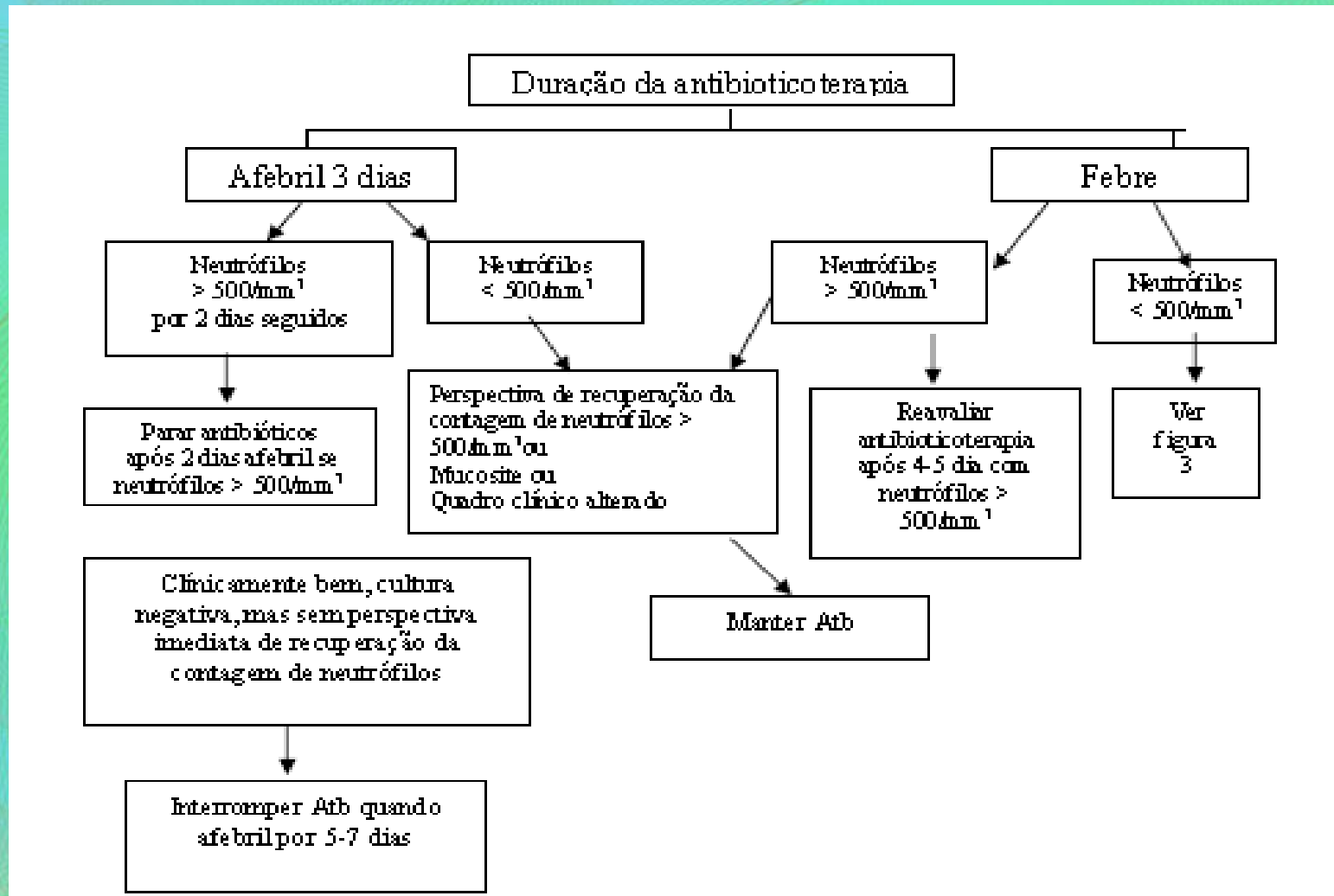
Alto risco: agente beta-lactâmico anti-pseudomonas → cefepime, carbapenem (imipenem, meropenem), piperacilina-tazobactam. Se complicação ou resistência: associar aminoglicosídeo, vancomicina

Baixo risco: ciprofloxacina + amoxicilina-clavulonato; levofloxacina, ciprofloxacina, cipro + clindamicina

6. Neutropenia Febril



6. Neutropenia Febril



6. Neutropenia Febril

- TRATAMENTO – USO DE G-CSF

- ✓ Pacientes sem febre

- Não há indicação para o uso rotineiro de fatores de crescimento.

- ✓ Pacientes com febre

- Não usar rotineiramente fatores de crescimento em neutropenia febril não complicada → 8 estudos mostram redução da duração da neutropenia, porém sem benefício clínico.

6. Neutropenia Febril

- TRATAMENTO – USO DE G-CSF

✓ Pacientes com neutropenia febril, de alto risco (analisar individualmente):

- Neutropenia severa ($100/ \text{mm}^3$)
- Doença primária fora de controle
- Pneumonia, celulite, abscesso, sinusite, infecção fúngica invasiva
- Hipotensão
- Disfunção de múltiplos órgãos (sepse)
- 65a
- Linfopenia pós tratamento