

EMERGÊNCIAS ONCO-HEMATOLÓGICAS

Aumento da pressão intracraniana

Síndrome da veia cava superior

Compressão da medula espinhal

Hipercalcemia

Síndrome de lise tumoral

Hipoglicemia

Insuficiência adrenal

Acidose láctica

Emergências cirúrgicas

Cistite

Uropatia obstrutiva

Distúrbios da hemostasia e coagulação

Leucostase

Neutropenia febril

AUMENTO DA PRESSÃO INTRACRANEANA

ETIOLOGIA

Tumor cerebral primário ou metastático

Edema vasogênico (tumor, abscesso cerebral, hemorragia)

Carcinomatose meníngea

Hipertensão venosa

Leucostase

QUADRO CLÍNICO

Cefaléia e vômito

Alterações fundoscópicas

Sinais de comprometimento de pares craneanos

Convulsões

Sinais de hernia (alterações respiratórias, hipertensão arterial, bradicardia)

AUMENTO DA PRESSÃO INTRACRANEANA

DIAGNÓSTICO

História clínica

Exame neurológico

Fundoscopia

Exames de imagem

TRATAMENTO

Corticosteroides

Diurese osmótica (manitol, glicerol)

Cirurgia (hidrocefalia obstrutiva, sinais de hérnia com rápida deterioração neurológica)

Radioterapia e Quimioterapia

Transfusão de hemocomponentes e hemoderivados

SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR

Sintomas e Sinais

Dispneia

Engurgitamento venoso do pescoço e da parede torácica

Edema de face

Sensação de “cabeça cheia”

Pletora facial

Dor torácica

Tosse

Disfagia

Edema do membro superior

ETIOLOGIA

TUMORES DE PULMÃO	68%
OUTROS TUMORES	
PRIMÁRIOS OU METASTÁTICOS	9%
LINFOMAS	6%
Outras causas e não diagnosticadas	17%

ACHADOS RADIOLÓGICOS

➤ Alargamento do mediastino superior	64%
Derrame pleural	26%
Massa hilar	12%
➤ Infiltrados bilaterais difusos	7%
➤ Cardiomegalia	6%
➤ Linfonodos paratraqueais calcificados	5%
Tumor de mediastino anterior	3%
Normal	16%

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS

Citologia do escarro	49%
Toracentese	73%
Biópsia de medula óssea	23%
Biópsia de linfonodo	67%
Broncoscopia	51%
Mediastinoscopia	77%
Toracotomia	98%

COMPLICAÇÕES

Disfagia ou disfunção do esôfago	24%
Invasão do esôfago	6%
Deslocamento da traquéia	7%
Compressão ou invasão da traquéia	13%
Paralisação das cordas vocais	
Unilateral	6%
Bilateral	3%
Tamponamento pericárdico	3%
Invasão neoplásica do pericárdio	6%

COMPRESSÃO DA MEDULA ESPINHAL

5% das necrópsias

1ª manifestação em até 47% de pacientes

Segmento envolvido:	cervical	10%
	torácico	70%
	lombo-sacro	20%

Quadro clínico: dor

diminuição da força muscular

espasticidade

reflexos musculares anormais

resposta plantar extensora

parestesia

disfunção autônoma: retenção urinária e obstipação

paraplegia

ETIOLOGIA

Pulmão	16%
Mama	12%
Sítio primário desconhecido	11%
Linfoma	11%
Mieloma	9%
Sarcoma	8%
Próstata	7%
Rim	6%
Aparelho digestivo	4%
Tireoide	3%
Tumores mais raros	3%

TRATAMENTO DA COMPRESSÃO MEDULAR

RADIOTERAPIA

Tumor sabidamente radio-sensível, sem instabilidade espinhal

Compressão medular sem instabilidade espinhal nem déficit neurológico

CIRURGIA SEGUIDA DE RADIOTERAPIA

Fratura patológica com instabilidade espinhal e compressão medular

Tumor com déficit neurológico

Sem diagnóstico histológico

CIRURGIA APENAS

Recaída em local previamente irradiado

Ausência de resposta à radioterapia

QUIMIOTERAPIA

Crianças com tumores sensíveis

Tratamento adjuvante de adultos com tumores sensíveis

Recidiva de tumor sensível em local operado ou irradiado

SÍNDROME DE LISE TUMORAL

Destruição celular massiça expontânea (rara) ou provocada por QT e RXT

MORTALIDADE 17.5%

CAUSAS MAIS FREQUENTES: síndromes linfo e mieloproliferativas

leucemia aguda mieloblástica 3.4%

leucemia aguda linfoblástica 5.2%

linfomas agressivos 6.1%

FATORES DE RISCO: massas tumorais volumosas

hiperuricemia pré-existente

função renal comprometida

drogas nefrotóxicas

SÍNDROME DE LISE TUMORAL - ALTERAÇÕES METABÓLICAS

Hiperpotassemia

Arritmias cardíacas severas

Disfunção do nodo sinusal

Distúrbios de condução

Cãimbras e Parestesias

Náusea, vômito e diarreia

Hiperuricemia

Catabolismo de ácidos nucleicos

Excreção renal

Insolubilidade em pH <7.0

Cristalização no parênquima renal e túbulos

Obstrução de vias excretoras

Hiperfosfatemia

Hiperfosfatúria e hipocalcemia

Baixa do nível de calcitriol

Aumento da produção de PTH

Diminuição da reabsorção de fosfato

Nefrocalcinose

Abalos musculares

Cãimbras e parestesias

Espasmo carpopedal

Tetania

Confusão, delírio, alucinações e convulsões

Agravamento das alterações ECG

INSUFICIÊNCIA RENAL

TRATAMENTO DA SÍNDROME DE LISE TUMORAL

1. Profilaxia
2. Hidratação agressiva
3. Tratamento da hiperpotassemia: resinas trocadoras de cátions

Gliconato de Ca

Bicarbonato de sódio

Glicose hipertônica e insulina

Diuréticos

4. Tratamento da hiperfosfatemia: $\text{Al}(\text{OH})_3$ - ligante de PO_4

5. Tratamento da hiperuricemia:

Alcalinização: aumenta a solubilidade do ácido úrico

Piora as alterações neurológicas da hipocalcemia

Alopurinol

6. Tratamento da insuficiência renal

HIPERCALCEMIA

- 10 – 20% de pacientes com neoplasia
- Mieloma, mama, rim, pulmão, cabeça e pescoço
- Quadro clínico
 - Náusea
 - Vômito
 - Obstipação
 - Poliúria
 - Desorientação

Patogênese

destruição óssea focal

reabsorção óssea e aumento da reabsorção tubular de Ca

80% - PTHrP

Fatores sinérgicos

IL-1, IL-6, TNF α

TRATAMENTO

hidratação vigorosa

furosemida

dexametasona

bifosfonatos (zoledronato)

mitramicina - inibição da síntese de RNA nos osteoclastos

calcitonina : inibição dos osteoclastos

aumento da excreção urinária de Ca e Na

EMERGÊNCIAS UROLÓGICAS

CISTITE QUÍMICA

Oxazafosforinas
ciclofosfamida, ifosfamida
(fosforamida + acroleína)
QT intravesical

Sintomas

frequência
urgência
disúria
nictúria
hematúria

Tratamento

hidratação
dor
2-mercapto-etano sulfonato de Na
procedimentos urológicos
transfusão

CISTITE ACTÍNICA

• OBSTRUÇÃO URINÁRIA

- Alta
 - tumor: próstata
Bexiga
Colon
Linfoma
- Baixa e uretral
próstata

- TRATAMENTO
restabelecer fluxo
urinário

DISTÚRBIOS DA HEMOSTASIA E COAGULAÇÃO

- **1. Trombocitopenia**

- Medula óssea infiltrada pela doença: leucemia aguda, linfoma, LLC, tumores metastáticos
- Medula hipocelular pela quimioterapia

Tratamento: transfusão de plaquetas

- **2. Coagulopatia**

Deficiência de fatores de coagulação

Coagulação intravascular disseminada

Síndrome hemolítica-urêmica

Fibrinólise

- **3. Fenômenos trombo-embólicos**

COAGULAÇÃO INTRAVASCULAR DISSEMINADA

Leucemia aguda promielocítica

SÍNDROME HEMOLÍTICA-URÊMICA

Microtrombose disseminada

Multímeros de fator de von Willebrand aglutinando plaquetas

Isquemia: insuficiência renal e alterações do SNC

Etiologia: 1. tumores de mama, pulmão, pâncreas, estômago, linfomas

2. complicação da quimioterapia e do uso de anticorpos monoclonais

Quadro clínico: anemia hemolítica microangiopática

trombocitopenia, febre, insuficiência renal,

distúrbios neurológicos, SARA

LEUCOSTASE

NEUTROPENIA FEBRIL

Febre em paciente oncológico:

infecção

tumor

droga

Febre 2 a 3 semanas após QT: interpretar como neutropenia febril

Febre: temperatura axilar acima de 38oC em 2 medidas com 1 hora de intervalo

um único episódio acima de 38.3oC

Neutropenia: contagem de neutrófilos igual a ou menor que 500 / mcl

Fatores influentes:

Droga: toxicidade, metabolismo, exposição prévia

Paciente: nutrição, estado geral, reserva medular, outras doenças

duração da neutropenia

NEUTROPENIA FEBRIL

ETIOLOGIA DA INFECÇÃO

Passado recente: predomínio de germes gram-negativos

Maior gravidade do quadro séptico

Atualmente: germes gram positivos

Fatores influentes

antibióticos profiláticos com cobertura para gram negativos

protocolos agressivos com maior frequência de mucosite

catéteres centrais de longa permanência

Fungos

Virus

QUADRO CLÍNICO

Febre como única manifestação

Hipotermia

Sudorese

Ausência de sinais flogísticos clássicos

INVESTIGAÇÃO

História (calafrio após uso de catéter)

Exame físico: ausência de sinais flogísticos clássicos

Atenção para locais de inserção de catéters

Exames de imagem: pouca alteração

Hemoculturas (veia central ou catéter)

Cultura de urina

Culturas de quaisquer secreções

Enzimas hepáticas

Função renal

Glicemia

Gasometria

CONDUTA

Interpretar como emergência

Não aguardar informações do laboratório

Iniciar terapêutica antibiótica de imediato

Considerar transferência para unidade de cuidado intensivo