

4. TOXICIDAD VASCULAR, DIGESTIVA, PULMONAR Y UROLÓGICA, Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN

Los agentes citostáticos tienen un estrecho índice terapéutico y son capaces de producir acciones no deseadas en el organismo. Esto se debe a que presentan una especificidad relativa sobre las células tumorales, por lo que originan efectos indeseables sobre los tejidos sanos.

TOXICIDAD VASCULAR

Accidentes vasculares agudos

Parece que ciertos citostáticos como el cisplatino, carboplatino y vinblastina pueden desencadenar la aparición de accidentes vasculares cerebrales.

Enfermedad venooclusiva hepática

Se caracteriza por hepatomegalia dolorosa, ictericia y ascitis, pudiendo llegar hasta una encefalopatía hepática. El comienzo suele ser brusco con mala evolución.

Fenómeno de Raynaud

Se asocia al tratamiento con bleomicina en monoterapia o asociada con un alcaloide la vinca, o cisplatino-vinblastina.

Flebitis y reacciones locales por extravasación

Las flebitis son frecuentes en la vena de perfusión. Las reacciones locales por extravasación provocan induraciones dolorosas y a veces necrosis graves, que pueden requerir desbridamiento quirúrgico e injerto cutáneo.

Síndrome venooclusivo pulmonar

La bleomicina, mitomicina C y carmustina son fármacos de conocida toxicidad pulmonar por depósito de material fibroso en las venas pulmonares. Se manifiesta por disnea progresiva con hipoxia que lleva a hipertensión pulmonar.

Síndrome trombótico microangiopático

La mitomicina C, sobre todo a dosis elevadas, puede a menudo originarlo a los 4-12 meses del inicio del tratamiento. Se caracteriza por anemia hemolítica microangiopática, y puede aparecer fiebre, anemia, alteraciones neurológicas, insuficiencia renal, trombocitopenia e insuficiencia cardíaca con edema agudo de pulmón.

Otras alteraciones vasculares

El eritema acro se ha descrito con dosis altas de arabinósido de citosina, fluorouracilo, metotrexato e hidroxiurea.

La vasculitis leucocitoclástica puede aparecer por el tratamiento con hidroxiurea, busulfano y metotrexato, entre otros.



4. TOXICIDAD VASCULAR, DIGESTIVA, PULMONAR Y UROLÓGICA...

Existe una elevada incidencia de trombosis en miembros inferiores en las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que reciben quimioterapia.

TOXICIDAD DIGESTIVA

La mayoría de los citostáticos producen efectos tóxicos sobre el aparato digestivo, que dificultan la nutrición en enfermos ya deteriorados por su enfermedad de base.

Mucositis

La mucositis posquimioterapia se manifiesta a la semana de administrar el tratamiento y se resuelve en cinco o siete días. Suele iniciarse con quemazón, seguido de dolor que puede ser intenso en la boca dificultando la ingestión de sólidos e incluso de líquidos.

La mucositis puede afectar a cualquier tramo del tracto digestivo. La coexistencia con neutropenia favorece las infecciones, lo que constituye una seria complicación para estos pacientes.

Es frecuente la ulceración de la mucosa gastrointestinal tras el tratamiento con doxorubicina, bleomicina, metotrexato, actinomicina-D, 5-fluorouracilo y vinblastina, entre otros.

Emesis

Está presente en el 80% de los pacientes oncológicos. Los vómitos pueden deberse a alteraciones metabólicas, lesiones ORL, trastornos gastrointestinales, alteraciones hidroelectrolíticas, o a los variados tratamientos quimioterápicos, antibióticos, analgésicos, etc.

Provocan vómitos, a veces intensos, actinomicina D, dacarbazina, cisplatino, ciclofosfamida, oxaliplatino y mostaza nitrogenada, entre otros.

Los antieméticos eficaces en el control de la emesis por quimioterapia son la metoclopramida y los antiserotoninérgicos como granisetron, ondansetrón y tropisetron, estos últimos pueden provocar cefaleas y, en menor proporción, hipotensión.

También se utilizan contra los vómitos las butirofenonas y las fenotiazinas, escogiendo el medicamento que menos efectos secundarios provoque en el paciente.

Los efectos colaterales iniciales más frecuentes de estos medicamentos son los síndromes extrapiramidales con distonías, acatisia y parkinsonismo, que empeoran con la ansiedad y desaparecen con el sueño. También son frecuentes la sedación y la hipotensión ortostática, con riesgo de caída.

Estreñimiento

Causado principalmente por los fármacos neurotóxicos, como los alcaloides de la vinca, y en menor grado por el cisplatino. El estreñimiento pertinaz por disfunción del sistema nervioso autónomo suele asociarse a una neuropatía sensitivomotora periférica.

4. TOXICIDAD VASCULAR, DIGESTIVA, PULMONAR Y UROLÓGICA...

Diarrea

Se observa con más frecuencia en los tratamientos con derivados del 5-fluorouracilo por vía oral, y a veces con cisplatino intravenoso. En todos los casos el tratamiento se realizará con lorepamida, o codeína oral, y en los casos más intensos con octeótrido por vía subcutánea.

Hemorragia digestiva

Asociada a desgarro esofágico por los vómitos. También ocurre en pacientes con trombocitopenia secundaria al tratamiento quimioterápico.

Toxicidad hepática

Se puede producir enfermedad venooclusiva a dosis convencionales por la azatioprina, carboplatino, citarabina y dacarbazina. Con altas dosis, utilizando carmustina, busulfano, ciclofosfamida y mitomicina.

Se ha relacionado la necrosis hepatocelular con la asparaginasa, el metotrexato y la estreptotocina. La colangitis esclerosante se asocia al 5-fluorouracilo. La fibrosis hepática puede producirse en el uso del metotrexato y la azatioprina. La colangitis esclerosante se asocia al 5-fluorouracilo.

TOXICIDAD PULMONAR

Son factores predisponentes la edad avanzada, el tabaquismo, la EPOC, etc.

El busulfano es el más relacionado con toxicidad pulmonar, pero también se ha manifestado con la mayoría de los agentes alquilantes como la bleomicina y las nitrosoureas.

Los síntomas más frecuentes son disnea, tos, cansancio y astenia, que pueden presentarse de forma brusca o paulatinamente. También se pueden asociar broncoespasmo, neumotórax, hemorragia pulmonar y enfermedad pulmonar venooclusiva.

TOXICIDAD UROLÓGICA

La complicación urológica más frecuente es la cistitis hemorrágica, también favorecida por la radioterapia, las infecciones, la trombocitopenia y la afectación tumoral directa.

Consejo sobre toxicidad vascular, digestiva, pulmonar y urológica de los citostáticos

- ▶ Todos los pacientes oncológicos tratados con citostáticos, que comiencen con síntomas vasculares, aunque parezcan de poca entidad, deben ser estudiados por el especialista, desaconsejando la conducción desde el primer momento de aparición de los síntomas.
- ▶ El médico informará al paciente libre de síntomas de compromiso vascular del momento para retomar la conducción con seguridad.
- ▶ Todas las complicaciones digestivas, pulmonares y urológicas provocadas por los citostáticos requieren estudio especializado para ajustar el tratamiento individualmente, procurando lesionar lo menos posible los órganos sanos y mejorar la calidad de vida del paciente.
- ▶ Se desaconseja la conducción hasta que el paciente no esté libre de síntomas vinculados a la quimioterapia aplicada.