

Íleo paralítico por vinorelbina

Gaspar Esquerdo Galiana, Hugo Briceño García, Cristina Llorca Ferrándiz y José Manuel Cervera Grau

Unidad de Oncología. Hospital General de Elda. Alicante. España.

Paralytic ileus due to vinorelbine

Intestinal obstruction is very common in cancer patients and occurs in 80% of cases with malignant aetiology. Hence, aggressive treatment is needed in most cases. The occlusion can be caused by luminal obstruction, paralysis of the intestinal muscle or carcinomatosis with mesentery involvement. The clinical case we present is that of a patient diagnosed as having lung cancer and who was admitted with paralytic ileus following treatment with vinorelbine; a vinca alkaloid whose main characteristic toxicities include neutropenia and peripheral neuropathy. Also, on rare occasions, the drug can cause paralysis of the ileum due to autonomic neuropathy. Hence, before administering aggressive treatment to an occlusive syndrome, cases that could benefit from conservative treatment should be ruled out.

Key words: intestinal obstruction aetiology, ileus, vinca alkaloids analogues and derivatives, lung neoplasms, antineoplastic combined chemotherapy protocols.

Esquerdo Galiana G, Briceño García H, Llorca Ferrándiz C, Cervera Grau JM. Íleo paralítico por vinorelbina. Clin Transl Oncol. 2005;7(4): 169-70

INTRODUCCIÓN

Los cuadros oclusivos pueden ser¹: por obstrucción de la luz (íleo mecánico), por parálisis del músculo intestinal (íleo paralítico) o por afectación del mesenterio.

La vinorelbina es un fármaco antineoplásico (alcaloide de la vinca) que ha demostrado actividad en cáncer no microcítico de pulmón, cáncer de mama, cáncer de esófago y cáncer de la esfera otorrinolarin-

gológica (ORL). La neutropenia y leucopenia son los efectos tóxicos más frecuentes. Puede producir neurotoxicidad, pero con mucha menor frecuencia que los otros alcaloides, manifestándose principalmente en forma de parestesias, siendo la neuropatía autónoma², con estreñimiento, obstrucción intestinal e íleo paralítico, poco frecuente (inferior al 10%).

Los síntomas de la oclusión intestinal son vómitos (68%-100% de los casos), dolor abdominal tipo cólico (75%), dolor abdominal continuo (90%) y estreñimiento³. La etiología es multifactorial: fármacos (opioides, quimioterápicos), compresiones extrínsecas por tumor, carcinomatosis peritoneal⁴, adherencias postquirúrgicas, hernias y alteraciones metabólicas (hipercalcemia, hiponatremia, hipopotasemia). El diagnóstico es clínico y radiológico, y el tratamiento es médico-conservador o quirúrgico⁵.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Se trata de un paciente varón de 57 años. Antecedentes personales de fumador de 40 años/paquete. Criterios clínicos de bronquitis crónica, sin intervenciones quirúrgicas. Diagnosticado de carcinoma epidermoide de pulmón T4 N2 M0 (estadio IIIB), por lo que inicia tratamiento quimioterápico paliativo según esquema vinorelbina-gemcitabina quincenal.

Tras recibir la primera dosis el paciente ingresa el día +6 por presentar dolor abdominal, náuseas, vómitos y estreñimiento. A la exploración física destaca abdomen distendido con abolición del peristaltismo intestinal. En urgencias se realizan las siguientes exploraciones complementarias: analítica (hemoglobina 13,8 g/dl, leucocitos 12,0/mm³ [80% N, 15% L], plaquetas 244,0/mm³, creatinina 0,8 mg/dl, sodio 138 meq/l, potasio 4 mEq/l, calcio corregido 9 mg/dl, GOT, GPT y bilirrubina dentro de los valores de la normalidad); radiología simple de abdomen y en bipedestación (distensión de colon ascendente y transversal con contenido fecaloideo) (fig. 1). Se inició tratamiento médico conservador con fluidoterapia endovenosa, dieta absoluta, colocación de sonda nasogástrica y enemas de limpieza diaria.

Ante una evolución tórpida se solicitó tomografía axial computarizada (TAC) abdominal, en la que se objetivó distensión con abundante neumatización de colon derecho, transversal y ángulo esplénico; el colon descendente estaba colapsado, sin objetivarse

Correspondence: Dr. Gaspar Esquerdo Galiana. Unidad de Oncología. Hospital General de Elda. C/ta. Sax-La Torreta s/n. 05600 Elda (Alicante), España. E-mail: gasparesquerdo@yahoo.es

Received 21 June 2004; Revised 29 October 2004; Accepted 29 November 2005.

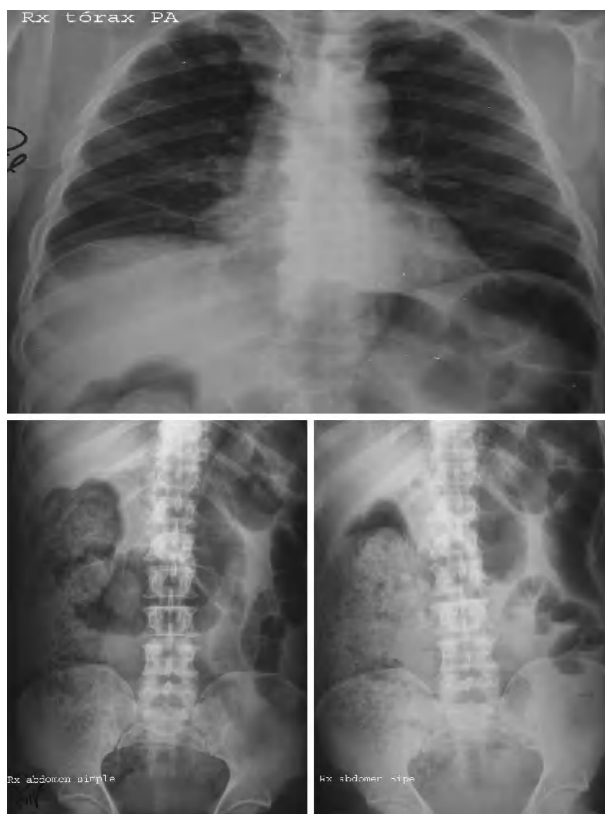


Fig. 1. Radiografía de serie oclusiva intestinal donde se observa dilatación de asas intestinales, presencia de niveles hidroaéreos y ausencia de gas distal.

causa aparente que justificara la distensión del colon. Tras 7 días de tratamiento conservador el paciente mejoró clínicamente, destacando incremento progresivo de peristaltismo intestinal y procediéndose al alta hospitalaria.

El paciente actualmente está recibiendo quimioterapia con el mismo esquema, ya que el paciente no quería esquemas alopeciantes; consideramos que era la primera dosis y el cuadro se resolvió con tratamiento conservador. No ha presentado de nuevo este cuadro oclusivo.

DISCUSIÓN

En los pacientes oncológicos el 80% de los cuadros oclusivos son de etiología maligna (carcinomatosis peritoneal, compresiones extrínsecas por el tumor), pero siempre deberemos descartar las causas benignas o potencialmente tratables con tratamiento médico conservador (adherencias, hernias, alteraciones metabólicas, impactación fecal, etiología medica-

mentosa, etc.). En nuestro caso se trata de un paciente diagnosticado de cáncer de pulmón estadio IIIB, por lo que tuvimos que descartar compresión extrínseca abdominal por metástasis del cáncer de pulmón mediante la TAC abdominal, así como las alteraciones metabólicas con las determinaciones séricas de calcio, sodio y potasio cuyos valores fueron normales. No tenía antecedentes de cirugía previa y a nivel abdominal, en la exploración clínica, no se palparon masas por lo que las adherencias y las hernias también se descartaron. Sólo nos queda la causa medicamentosa y este paciente no precisaba de opioides ni de otra medicación, por lo que el único agente causante más probable del estreñimiento, obstrucción intestinal e íleo paralítico fuera el tratamiento quimioterápico, en concreto, el alcaloide de la vinca (vinorelbina)^{2,6}. Éste es un agente específico del ciclo celular, que bloquea la mitosis con interrupción de la metafase, y que como toxicidad característica presenta la neuropatía periférica, pudiendo aparecer en menos del 10% neuropatía autónoma con estreñimiento, obstrucción intestinal e íleo paralítico^{7,8}. En nuestro caso tras reducir la dosis de vinorelbina y utilizar laxantes de forma profiláctica no se ha vuelto a producir la clínica.

Palabras clave: obstrucción intestinal/etiología, íleo, alcaloides de la vinca/análogos y derivados, neoplasias de pulmón, protocolos de quimioterapia antineoplásica combinada.

Bibliografía

1. Ripamonti C, Bruera E. Palliative management of malignant bowel obstruction. *Int J Gynecol Cancer*. 2002;12:135-45.
2. González Barón M. *Oncología clínica fundamentos y patología general*. 2.^a ed. Madrid: McGraw - Hill interamericana; 1998.
3. Ripamonti C, DeConno F. Management of bowel obstruction in advanced and terminal cancer patients. *Annals of Oncology*. 1993;4:15-21.
4. Sarah L, Blair MD. Outcome of palliative operations for malignant bowel obstruction in patients with peritoneal carcinomatosis. *Ann Surg Oncol*. 2001;8(8):652-7.
5. Baines M, Oliver DJ. Medical management of intestinal obstruction in patients with advanced malignant disease. *Lancet*. 1985;2:990-5.
6. Lonardi F, Pavanato G, Ferrari V. Neurotoxicity after chemotherapy with vinorelbine. *Eur J Cancer*. 1995;29(A)12:1794.
7. Baldini E, Tibaldi C. Epirubicin navelbine as first line therapy in metastatic breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 1998;49(2):129-34.
8. Casamati M, Ferrari A. Vinorelbine in previously treated advanced sarcoma. *Cancer*. 2002;94:12.