



Cómo citar este artículo:

Correa-Rodríguez JG, Castell-Martínez LM, Mesa-Quesada MdJ. Hacia un protocolo ético para el síndrome de lisis tumoral: primeros pasos para su confección. MedEst. [Internet]. 2026 [citado acceso fecha]; 6:e519. Disponible en: <https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/519>

Palabras Clave: Síndrome de Lisis Tumoral, Dilemas Éticos, Consentimiento Informado, Cuidados Paliativos.

Keywords: Tumor Lysis Syndrome, Ethical Dilemmas, Informed Consent, Palliative Care.

Autor para correspondencia:

josegrabiellcorrearodriguez@gmail.com

Recibido: 10/02/2026

Aprobado: 25/03/2026

Publicado: 27/03/2026

Editor(es) a cargo:

Shania Naranjo Lima.

Traductor:

Lic. Meliza Maura Vázquez Núñez.

Maquetador:

Carlos Luis Vinageras Hidalgo

Hacia un protocolo ético para el síndrome de lisis tumoral: primeros pasos para su confección

Towards an ethical protocol for tumor lysis syndrome: first steps towards its creation

José Grabiell Correa Rodríguez ^{1*} , Leonardo Manuel Castell Martínez ¹ 
Manuel de Jesús Mesa Quesada ¹ 

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Facultad de Ciencias Médicas "Celia Sánchez Manduley". Granma, Cuba.

Estimado Director:

El síndrome de lisis tumoral (SLT) constituye una de las paradojas más críticas de la oncología moderna, al representar una situación donde la máxima eficacia terapéutica puede, a su vez, desencadenar una emergencia metabólica iatrogénica y letal. Este síndrome, caracterizado por un desequilibrio electrolítico masivo secundario a la destrucción celular tumoral que puede conducir a una falla multiorgánica, trasciende su mera definición bioquímica para adentrarse en una complejidad clínica que conlleva profundos dilemas éticos. ⁽¹⁾

Para su diagnóstico, durante más de dos décadas, se han empleado los criterios descritos por Cairo y Bishop en 2004 y actualizados en un consenso de expertos en 2010, ⁽²⁾ los cuales han sido adoptados hasta la fecha por todas las investigaciones referentes al tema. ⁽³⁾ Estos establecen parámetros bioquímicos: la presencia de dos o más alteraciones de laboratorio como hiperuricemia, hiperpotasemia, hiperfosfatemia y/o hipocalcemia, con variaciones iguales o superiores al 25 % respecto al valor basal y clínicos como arritmias cardíacas letales que ocurran entre los tres días previos y los siete días posteriores al tratamiento oncológico—. ^(2,3)

No obstante, a pesar del amplio reconocimiento y aplicación de estos criterios en el ámbito clínico, existe una notable ausencia de directrices que aborden el manejo ético del SLT. La evidencia disponible se limita a describir estrategias clínicas, lo que deja un vacío significativo en cuanto a la integración de principios éticos en la atención de estos pacientes. ^(1,3,4) Por ello, resulta imperativo superar la visión del SLT como un mero problema de laboratorio y complementar su abordaje clínico con las primeras pautas para la confección de un protocolo de manejo ético.

Según lo planteado por Correa Rodríguez, ⁽⁴⁾ un primer acercamiento a esta problemática lo constituyen aquellos informes de caso que revelan desenlaces devastadores, donde la ausencia de una perspectiva ética agrava el sufrimiento y evidencia una profunda brecha en la calidad del cuidado. A su vez, el análisis crítico de casos y la identificación de las brechas en el conocimiento ético, constituyen puntos de partida ineludibles para la construcción de un marco ético.

Por otra parte, la etiología del síndrome, más documentada en neoplasias hematológicas, presenta hoy en día un aumento en tumores sólidos. ⁽³⁾ Se observa también de forma espontánea — incluso como primera manifestación de la enfermedad— o después de terapias no clásicamente citolíticas, como las terapias dirigidas o la inmunoterapia. ^(5,6)

Ahora bien, la evidencia disponible ilustra de manera contundente la imprevisibilidad, severidad y los consiguientes dilemas éticos del SLT. Casos en cáncer pulmonar metastásico demuestran que, incluso con profilaxis personalizada, el SLT puede progresar de forma espontánea y fulminante a la vez. ^(4,7) Estas trayectorias subrayan la necesidad imperiosa de un consentimiento informado realista que comunique la posibilidad de muerte desde el momento del diagnóstico.

En una misma dirección, la integración inmediata de los cuidados paliativos en enfermedades agresivas es indispensable para evitar la obstinación terapéutica ante un deterioro rápido y facilita una toma de decisiones coherente con la realidad pronóstica. Ejemplo de ello son aquellos pacientes que sobreviven al SLT pero fallecen semanas o meses después tras rechazar más terapia o por progresión del cáncer. ^(7,8) Esto evidencia que una valoración paliativa temprana habría ayudado, a pacientes y familiares a navegar esa situación con mayor claridad.

La paradoja ética se intensifica con las nuevas terapias oncológicas. Casos como el presentado por Asakura et al., ⁽⁵⁾ de SLT inducidos por los agentes más prometedores como el pembrolizumab, ejemplifican el daño calculado de la oncología de precisión y documentan complicaciones letales a tener en cuenta. Esto deja en cuestión la verdadera remisión oncológica, donde la terapia más efectiva sea también la más peligrosa.

La misma evidencia, encuentra partida también en las complicaciones por el manejo terapéutico, donde en el mismo paciente de Asakura, ⁽⁵⁾ la hidratación agresiva como manejo terapéutica, provocó edema del pulmón y requirió intubación. Este es el caso arquetípico donde, tras aplicar todo el soporte técnico disponible y las terapias más

prometedoras, es necesaria una conversación paliativa y un consentimiento informado que evidencie toda posible complicación.

En consecuencia, también existen casos donde se ha logrado estabilizar al paciente y permitir así que se reinicie a terapia oncológica programada, luego de cuidados paliativos. ⁽⁹⁾ Esto hace que la integración temprana de los cuidados paliativos emerja no como una renuncia, sino como un componente esencial para navegar estos dilemas con antelación y humanidad.

En cambio, la ausencia de este es palpable en escenarios de obstinación, como en el caso presentado por Kunimoto et al., ⁽¹⁰⁾ donde una paciente con cáncer de ovario y SLT, culminó en perforación intestinal y forzó una discusión familiar sobre cirugías inviables contra el confort en una etapa de extrema gravedad. Final, que una integración proactiva al diagnóstico de la enfermedad metastásica, podría haber facilitado conversaciones anticipadas sobre escenarios catastróficos y evitado intervenciones fútiles.

Otro punto a resaltar, son aquellas complicaciones emergentes de la profilaxis estándar, que plantean dilemas de maleficencia de segundo orden. Ejemplo de ello es el uso del rasburicase, en el que se reporta metahemoglobinemia fatal en pacientes con deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa no diagnosticada, o anafilaxia severa en la primera exposición. ^(1,4)

Por otra parte, el alopurinol y el febuxostat, pueden precipitar una nefropatía obstructiva por cristales de xantina. Esto evidencia que la prevención de un daño y la provocación de otro dan paso a la reflexión sobre un consentimiento informado genuino y la comunicación adecuada de todo riesgo posible. ⁽¹⁾

Entonces, todo consentimiento en la oncología moderna, debe ser elaborado en base a la totalidad de la trayectoria de la enfermedad. Así pueda ser explicado con claridad cualquier complicación al paciente, por muy infrecuente o improbable que sea. Esto hará que los pacientes tengan suficiente empoderamiento para ser capaces de tomar una decisión precisa.

Pasar de la reflexión a la acción colaborativa y protocolizada con la elaboración de un marco ético para el SLT debe partir del reconocimiento de los dilemas tratados en esta carta. A modo de síntesis la Tabla 1 organiza las dimensiones éticas emergentes identificadas en los casos analizados, que justifican la necesidad de un abordaje estructurado.

Tabla 1. Dimensiones éticas fundamentales

Los artículos de la **Revista MedEst** se comparten bajo los términos de la licencia de **Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional**
Email: revmedest.mtz@infomed.sld.cu Sitio Web: www.revmedest.sld.cu



Dimensión ética	Problema identificado	Pregunta guía
Paradoja terapéutica	Eficacia terapéutica y daño iatrogénico simultáneos	¿Cómo comunicar al paciente que la terapia más efectiva puede ser también la más peligrosa?
Consentimiento informado	Escenarios de alta complejidad, no previstos en el consentimiento habitual	¿Cómo explicar el riesgo del tratamiento frente al riesgo de la enfermedad sin generar falsas expectativas?
Límite del soporte vital	Tecnología disponible que puede prolongar el sufrimiento	¿Cuándo el soporte vital deja de ser benéfico y se convierte en obstinación terapéutica?
Daños de segundo orden	Complicaciones graves derivadas de la propia profilaxis	¿Informamos al paciente sobre los riesgos de los medicamentos que precisamente buscan prevenir daños?
Justicia y equidad	Acceso desigual a profilaxis, cuidados intensivos y seguimiento	¿Es ético que el contexto social o geográfico determine la posibilidad de sobrevivir al SLT?
Integración paliativa temprana	Visión curativa exclusiva que retrasa el abordaje del sufrimiento	¿Por qué esperar al fracaso terapéutico para integrar cuidados paliativos, si la enfermedad de base es avanzada?

Fuente: Elaboración propia.

Sobre esta evidencia, proponemos en el Tabla 2, un resumen de la estructura de un protocolo en base a los componentes éticos encontrados, para que oncólogos, bioeticistas y equipos clínicos desarrollen herramientas adaptadas a sus contextos. Instamos a la comunidad a adoptar, debatir y validar marcos para cerrar la brecha entre el manejo ético y clínico.

Tabla 2. Resumen de estructura de un protocolo de manejo ético para el SLT

Componente ético	Acción concreta	Finalidad
Evaluación y comunicación del riesgo	- Evaluación integral del contexto psicosocial y barreras de acceso. - Consentimiento informado específico para SLT que explique su	Respetar la autonomía mediante una decisión informada

	naturaleza paradójica y los riesgos de la profilaxis.	y contextualizar el riesgo.
Estratificación y profilaxis proporcional	- Clasificación de riesgo que combine criterios clínicos con factores contextuales como red de apoyo y distancia al centro. - Decisión compartida sobre ubicación del cuidado (ambulatorio/hospitalario) basada en riesgo y contexto.	Aplicar los principios de beneficencia y no maleficencia de forma proporcionada y justa.
Manejo agudo con perspectiva de calidad de vida	- Monitoreo activo de la carga sintomática y la comprensión del paciente durante la fase de riesgo. - Activación de disparadores éticos, como fallo renal persistente, cáncer progresivo sin opciones curativas, para reevaluar metas	Prevenir la obstinación terapéutica y mantener el foco en la calidad de vida.
Integración de cuidados paliativos y seguimiento	- Derivación temprana a cuidados paliativos en enfermedad metastásica avanzada o alto riesgo de complicaciones graves. - Seguimiento estructurado que evalúe secuelas renales, impacto psicosocial y barreras de acceso enfrentadas.	Asegurar una transición oportuna en los objetivos del cuidado y promover justicia y aprendizaje sistémico.

Fuente: Elaboración propia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Correa Rodríguez JG. ¿Supervivencia a qué precio? Redefiniendo la calidad de vida en la encrucijada entre el síndrome de lisis tumoral y la terapia curativa. Univ. Méd. Pinareña [Internet]. 2025 [citado 09/02/2026]; 21(1): e1479. Disponible en: <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/1479>

2. Cairo MS, Coiffier B, Reiter A, Younes A; TLS Expert Panel. Recommendations for the evaluation of risk and prophylaxis of tumour lysis syndrome (TLS) in adults and children with malignant diseases: an expert TLS panel consensus. Br J Haematol. [Internet] 2010 [citado 09/02/2026]; 149(4): 578-586. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2141.2010.08143.x>

3. Alqurashi RM, Tamim HH, Alsubhi ZD, Alzahrani AA, Tashkandi E. Tumor Lysis Syndrome in Patients With Solid Tumors: A Systematic Review of Reported Cases. Cureus [Internet]. 2022 [citado

09/02/2026]; 14(10): e30652. Disponible en:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9685209/>

4. Correa Rodríguez JG. Los criterios de Cairo-Bishop y la imperativa necesidad de un marco ético para el síndrome de lisis tumoral. EsTuSalud [Internet]. 2026 [citado 09/02/2026]; 8(1): e486. Disponible en:
<https://revestusalud.sld.cu/index.php/estusalud/article/view/486>.

5. Asakura T, Shinojima T, Hiruta S, Asakura H. Fatal Tumor Lysis Syndrome Induced by Pembrolizumab in Advanced Renal Pelvis Cancer. IJU Case Rep [Internet]. 2025 [citado 08/02/2026]; 9(1): e70097. Disponible en:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12747779/>

6. Kikuchi M, Miyabe R, Matsushima H, et al. Tumor lysis syndrome following letrozole for locally advanced breast cancer: a case report. Surg Case Rep [Internet]. 2024 [citado 09/02/2026]; 10(1): 100. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11043241/>

7. Koura S, Parekh V, Parikh AD, Kaur K, Dunn BK. Spontaneous Tumor Lysis Syndrome Secondary to Metastatic Small Cell Lung Cancer. Cureus [Internet]. 2023 [citado 08/02/2026]; 15(2): e34557. Disponible en:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9985463/>

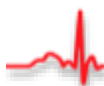
8. Mao W, Jiang X, Wang M, et al. Spontaneous tumor lysis syndrome following liver biopsy: a case report and literature review. Front Oncol [Internet]. 2025 [citado 08/02/2026]; 15(1): 1683025. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12646902/>

9. Omori S, Shigechi T, Kawaguchi K, Ijichi H, Oki E, Yoshizumi T. Successful Prevention of Tumour Lysis Syndrome in HER2-positive Breast Cancer: Case Report and Literature Review. Anticancer Res [Internet]. 2023 [citado 08/02/2026]; 43(5): 2371-2377. Disponible en: <https://ar.iiajournals.org/content/43/5/2371.long>

10. Kunimoto S, Tashima L, Ito K, Hori K. Advanced ovarian cancer that resulted in death from intestinal perforation following tumor lysis syndrome: A case report. Int J Surg Case Rep [Internet]. 2022 [citado 08/02/2026]; 98(1): 107518. Disponible en:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9420503/>

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores no declaran conflicto de interés.



Los artículos de la **Revista MedEst** se comparten bajo los términos de la licencia de
Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional
Email: revmedest.mtz@infomed.sld.cu Sitio Web: www.revmedest.sld.cu

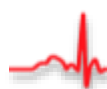


FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Los autores no declaran financiamiento por la realización del presente artículo

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores declaran que no se utilizó inteligencia artificial en la redacción de este manuscrito.



Los artículos de la **Revista MedEst** se comparten bajo los términos de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional
Email: revmdest.mtz@infomed.sld.cu Sitio Web: www.revmedest.sld.cu

