



www.elsevier.es/cirugia

P-119 - SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR COMO MANIFESTACIÓN DE TUMORACIONES TIROIDEAS

Soldevila Verdeguer, Carla; Álvarez Segurado, Cristina; Bonnin Pascual, Jaime; Jiménez Segovia, Marina; Palma Zamora, Elías; García Pérez, José María; González Argenté, Francesc Xavier

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Resumen

Introducción: El síndrome de vena cava puede suponer una urgencia médica que se manifiesta por una disminución del retorno venoso de la cabeza, cuello y extremidades superiores que resulta de la obstrucción de la vena cava superior. La mayor parte de los casos son causados por un proceso oncológico, las causas benignas suponen un 40%.

Casos clínicos: Presentamos dos casos de síndrome de vena cava superior (SVCS) como manifestación de neoplasias tiroideas. Mujer de 73 años fumadora, con hipertensión arterial (HTA) como único antecedente, que se presenta con exoftalmos, disfonía, disnea y tos. A la exploración presentaba una gran tumoración cervical derecha no dolorosa de consistencia dura, y abundante circulación colateral a nivel torácico y pectoral bilateral. El TC evidenció un bocio heterogéneo de $10 \times 7 \times 10$ cm a expensas de lóbulo tiroideo derecho (LTD), con extensión intratorácica, desplazando el cayado aórtico, el tronco braquicefálico, ambas arterias carótidas, las venas yugulares internas y ambos espacios vasculares cervicales, con abundante circulación derivativa dependiente de las venas mamarias internas. La tumoración englobaba toda la circunferencia traqueal cervical, con estenosis de la misma pero sin infiltración aparente y prácticamente la totalidad del esófago cervical. El LTD alcanzaba el plano cricoideo y entraba en contacto con la glotis y supraglotis. Presentaba además adenopatías cervicales derechas. El resultado de la punción con aguja fina (PAAF) fue compatible para carcinoma papilar de tiroides. Se realizó tiroidectomía total con vaciamiento funcional bilateral, sin conseguir la resección completa a causa de infiltración traqueal, diagnosticada en el momento de la cirugía. El resultado histológico final fue de carcinoma papilar variante folicular T4N0M0. Se administró radioyodo como terapia adyuvante, con buena evolución, sin evidencia de progresión a los 3 años de la intervención. Mujer de 67 años con antecedente de HTA, melanoma en miembro inferior y bocio de larga evolución. Se presenta con disnea, palpitaciones, cefalea, carraspera y parestesias en ambos miembros superiores, síntomas que mejoran con el decúbito lateral izquierdo. A la exploración se palpa bocio cervical intuyéndose extensión torácica, repleción de venas yugulares y circulación colateral torácica. El TC mostró un aumento de tamaño tiroideo difuso, heterogéneo con áreas de necrosis y calcificación, con extensión endotorácica del istmo y LTD que ocupaban el mediastino superior y anterior, contactando con la aurícula derecha. Se observaba extensa circulación colateral torácica, secundaria a estenosis compresiva del tronco venoso innominado. Se realizó tiroidectomía total por cervico-esternotomía, sin incidencias postoperatorias y con buena evolución y mejoría de los síntomas.

Discusión: Las causas más frecuentes de SVCS son las neoplasias pulmonares y los linfomas. Los crecimientos tiroideos suponen una causa infrecuente de SVCS, cuando ocurre se trata de neoplasias

avanzadas o grandes bocios multinodulares con extensión intratorácica. Debemos explorar el tiroides a cualquier paciente que se presente con un SVCS de causa incierta, especialmente los no fumadores. El tratamiento en estos casos consiste en una tiroidectomía total con abordaje cervicotorácico y vaciamiento ganglionar agresivo en las neoplasias avanzadas.