



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-129 - SÍNDROME VENA CAVA SUPERIOR POR BOCIO ENDOTORÁCICO

Jiménez Mazure, Carolina; Ramos Muñoz, Francisco; Pulido Roa, Isabel; Sánchez González, Claudia; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

### Resumen

**Introducción:** El síndrome de vena cava superior ((SVCS) es una entidad infrecuente caracterizada por la obstrucción total o parcial del flujo venoso de la vena cava superior hacia la aurícula derecha, produciendo ingurgitación yugular, plétora facial y edema en esclavina. En la mayoría de las ocasiones es debido a la presencia de tumores malignos a nivel mediastínico. Su presentación asociada a la presencia de un bocio es excepcional, con pocos casos descritos en la literatura.

**Caso clínico:** Varón de 69 años con ATCD de HTA, SAOS, dislipemia. BMN tóxico en seguimiento por Endocrino, en tratamiento con carbimazol. Inicia clínica de rubefacción facial, hormigueos faciales y a nivel auricular y lagrimeo con empeoramiento progresivo de varios meses de evolución, así como disnea en el decúbito. En la exploración física se objetiva edema en esclavina, rubefacción, conjuntivitis, y circulación colateral a nivel de tronco superior. Presenta un cuello corto, con escasa extensión, y un bocio grado III, blando, liso, sin adenopatías asociadas. La AS muestra un eje tiroideo normal, con Ac negativos. La ecografía cervical muestra ambos lóbulos tiroideos de tamaño muy aumentado (LTD 4,5 × 6 × 12 cm; LTI 5,6 × 7,7 × 12 cm), con componente endotorácico y patrón heterogéneo, nódulos colindantes isoecogénicos y quísticos. Se solicita TC cervicotorácico que muestra bocio multinodular con significativo componente endotorácico, que provoca compresión y afilamiento de ambos troncos venosos braquiocefálicos a nivel de primer arco costal, que pueden resultar en síndrome de vena cava superior. Es intervenido en diciembre de 2023, precisando esternotomía de asistencia ante la imposibilidad de su enucleación por abordaje exclusivo cervical. La cirugía transcurre sin incidencias, con neuromonitorización intraoperatoria que confirma mantenimiento de señal, y preservación de las cuatro glándulas paratiroides. La evolución es favorable, sin trastornos fonatorios, ni necesidad de suplementos de calcio. Es dado de alta al 7º día posoperatorio. La revisión en consulta muestra clara mejoría de los síntomas previamente descritos, con ausencia de inyección conjuntival y resolución de la rubefacción facial, así como reversión de la circulación colateral, y desaparición de la disnea.

**Discusión:** El SVCS es una entidad infrecuente, con muy pocos casos descritos asociados a patología tiroidea benigna. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque el TC presenta una sensibilidad del 92% y especificidad del 96%, y mostrará la compresión extrínseca de la vena cava superior o de ambos troncos braquiocefálicos, como en este caso. El tratamiento de este síndrome raramente es quirúrgico, siendo el caso del bocio una de las excepciones, aunque la mortalidad en este contexto puede alcanzar el 3-4%. La esternotomía puede ser necesaria en estos casos, donde el

componente intratorácico suele ser muy voluminoso, y la congestión venosa resulta en un alto riesgo de sangrado, que alivia en el momento en el que se separan ambos arcos costales, que constituye la región de máxima compresión.