



<http://www.elsevier.es/semergen>

387/49 - SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Quintanilla Cavia¹, A. Azagra Calero¹, I. Ostolaza Tazón¹, L. de la Cal Caballero², C. Concellón García³, I. Hernando García⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Sardinero. Santander. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Acude a consulta de Atención Primaria un varón de 68 años, fumador severo, sin tratamiento habitual ni enfermedades de interés, refiriendo cuadro de disnea progresiva, tos y disfonía de 2 días de evolución. Asimismo, refiere desde hace unas 12 horas, edema y dolor en miembro superior derecho y pérdida de peso de 5 kg en los últimos 2 meses.

Exploración y pruebas complementarias: EF: consciente y orientado, eupneico en reposo, disneico a mínimos esfuerzos, disfonía. Pléthora facial. Edema en esclavina. Ptosis derecha con anisocoria (pupila miótica derecha reactiva). Exoftalmos en ojo izquierdo. Adenopatías en ambas cadenas latero-cervicales induradas.

Auscultación cardíaca: Rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar: MVC. Hepatomegalia no dolorosa de 2 cm. Edema en MSD con fóvea. ECG: RS, 75 lpm. Voltajes bajos. Sin alteraciones de la repolarización. Ante la sospecha clínica de un síndrome de vena cava superior (SVCS), se deriva a S. Urgencias para realización de pruebas complementarias y ampliación de estudio. Rx tórax: ensanchamiento mediastínico. Aumento ICT. ETT: Derrame pericárdico moderado con datos de taponamiento incipiente, con colapso de AD y VD. TAC torácico: neoformación mediastínica con infiltración de vena cava superior e infiltración pericárdica condicionando un derrame pericárdico masivo con probable síndrome de taponamiento cardíaco.

Adenopatías mediastínicas. Síndrome de vena cava superior. Adenopatías cervicales y supraclaviculares bilaterales. Tromboembolismo pulmonar bilateral. Se realiza pericardiocentesis evacuadora por lo que el paciente permanece ingresado durante 24 horas en la UCI-Coronarias. Posteriormente, ingresa en M. Interna donde se inicia terapia anticoagulante, se realiza broncoscopia con biopsia-PAAF de adenopatía mediastínica informada como maligna, carcinoma no microcítico. Actualmente, en tratamiento con radioterapia.

Juicio clínico: Síndrome de vena cava superior por neoplasia pulmonar (carcinoma no microcítico). Taponamiento cardíaco. TEP bilateral.

Diagnóstico diferencial: Hasta en un 65% de los casos, el SVCS es la manifestación de un tumor maligno de nueva aparición, siendo el cáncer de pulmón no microcítico el más prevalente, seguido del carcinoma pulmonar microcítico, cáncer de mama y linfoma no Hodgkin. Además, existe una serie de causas no malignas tales como trombosis de la VCS por uso de dispositivos intravasculares (marcapasos, derivaciones...), vasculitis, fibrosis mediastínica, tumores benignos (timoma, teratoma, tumor desmoide...), sarcoidosis, bocio endotóxico y aneurisma aórtica, entre las más destacadas.

Comentario final: El SVCS es una entidad en la que resulta fundamental una sospecha diagnóstica precoz, especialmente en pacientes sin patología previa, siendo el síntoma más frecuente la disnea y el cuadro clínico típico: edema en esclavina, pléthora facial, cianosis y circulación colateral. En caso de no existir antecedentes neoplásicos, deberá descartarse dicha etiología en primer lugar. Actualmente, el tratamiento no se considera una urgencia a no ser que el paciente se encuentre inestable. Los aspectos fundamentales son el alivio sintomático y el tratamiento específico de la causa, por lo que el diagnóstico diferencial y las pruebas complementarias correspondientes deben realizarse de la forma más rápida posible.

Bibliografía

Navarro F, López J.L, Molina R, Lamarca A. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la sospecha de síndrome de vena cava superior. Medicine. 2013;11(24):1500-3.

Cuní M, Buezo I. El síndrome de vena cava superior. AMF. Actualización en Medicina de Familia. 2013;9(8):461-6.