



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

410/6 - SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR EN ADENOCARCINOMA DE PULMÓN

M. Ajenjo González¹, N. Cubelos Fernández², J. Lorenzo Tejedor³, P. Ferrero Vicente⁴, N. Contreras Mercado³

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. León. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trabajo del Camino. León. ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Eras de Renueva. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 54 años. Acude por aumento de disnea desde hace 7 días, hasta hacerse de mínimos esfuerzos (clase funcional II-III de la NYHA), astenia, edematización de la cara y cambio de coloración de la misma. No dolor torácico, no síncopes, no palpitaciones, no claudicación intermitente. No fiebre. AP: DMII, HTA, insuficiencia aórtica grave con FEVI 45% con arterias coronarias sin estenosis, cáncer de pulmón alto grado, metástasis hepáticas y óseas. Tratamiento: enalapril, gemfibrocilo, metformina, lantus, fentanilo y seguril.

Exploración y pruebas complementarias: Disnea que empeoraba con el decúbito, cianosis e hinchazón de la cara, cuello, región supraclavicular y brazos. Edema palpebral, venas del cuello no pulsátiles e ingurgitadas y aparición de venas colaterales en tórax y brazos. TA: 169/90 mmHg. FC 85 lpm. Sat O2: 88%. PVY. AC: rítmico. Soplo diastólico en FAo. AP: hipoventilación bilateral, crepitantes. EESS: edematización de MSD, sin signos inflamatorios. EEII: edemas bimaleolares. ECG: RS a 86 lpm, PR 140, QRS estrecho, eje normal, onda Q inferolateral, onda T aplanada inferior. A/S: elevación de PCR, VSG, GOT, GPT, GGT. Neutrofilia, linfopenia, anemia microcítica. GAB: pH 7,33. pO2 62%, pCO2 27, Bicarbonato 16,9. Sat O2 89,7%. Rx de tórax: ICT aumentado. Horizontalización diafragmática, masa mediastínica y supraclavicular con efecto masa. Edema intersticial. TAC torácico: masa compatible con conglomerado adenopático-prevascular en las regiones supraclavicular izquierdas. Infiltración y trombosis subtotal de la vena cava superior.

Juicio clínico: ICC en paciente con valvulopatía aórtica. SVCS secundario a trombosis subtotal de vena cava superior.

Diagnóstico diferencial: Clásicamente, las causas no malignas por procesos infecciosos eran las más prevalentes. Actualmente, las enfermedades malignas son la primera causa entre el 75-86% del SVCS, siendo el más frecuente el carcinoma bronquial 75%.

Comentario final: Síndrome de la vena cava superior (SVCS): conjunto de signos y síntomas derivados de la obstrucción de la vena cava superior (VCS), tanto intrínseca como extrínseca, que ocasiona un aumento de la presión venosa en la parte superior del cuerpo. La altura en la que se produzca la obstrucción determinará el cuadro clínico acompañante, así como la velocidad de instauración. El diagnóstico es clínico y se complementa con la radiografía de tórax y la tomografía computarizada (TC) torácica. Tríada clásica: edema en esclavina, cianosis y circulación colateral, aunque la disnea representa el síntoma más frecuente. Las PC

deben enfocarse en función de si existe o no una neoplasia conocida previamente. El manejo inicial se basa en medidas generales hasta determinar la causa exacta e iniciar un tratamiento más específico. El tratamiento se basará en la histología, gravedad de los síntomas, tratamiento previo y la respuesta rápida al tratamiento, por lo que antes de iniciar un plan terapéutico, es esencial determinar la causa exacta del SVCS.

Bibliografía

Hernández M, Baixauli A, et al. Guía Práctica de Cuidados Paliativos en Atención Domiciliaria. Jassen-Cilag, 2005.

González Barón M, Feliu J, Zamora P, et al. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer, 2^a ed. Médica Panamericana, Madrid, 2006.

Gómez Sancho M, Ojeda Martín M, et al. Manual de la Unidad de Medicina Paliativa del Hospital El Sabinal de Las Palmas de Gran Canaria. Control de Síntomas en el enfermo con cáncer terminal. Astra Zéneca, 1999.

Boceta J, Cía R et al. Documentos de Apoyo. Cuidados Paliativos Domiciliarios Atención Integral al Paciente y Familia. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2003.

Koedoot CG, de Haan RJ, Stiggelbout AM, et al. Palliative chemotherapy or best supportive care? A prospective study explaining patients' treatment preference and choice. Br J Cancer.