



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

482/833 - CUANDO LO INFRECUENTE SE VUELVE FRECUENTE

M. Santiago Puga¹, C. Rodríguez Jiménez² y B. Rodríguez Jiménez³

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carballeira. Orense. ²Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle Inclan. Orense. ³Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Varón 86 años, antecedentes personales hipertensión arterial, dislipemia y enfermedad del seno con bloqueo AV 3^{er} grado con implantación de marcapasos en 1994, recambio generador 2010 y 2016. A tratamiento con AAS y eprosartán. Acudió por disnea y edema facial de dos meses de evolución, asociada a cianosis labial y pabellones auriculares. No presentó náuseas, ni vómitos. No dolor torácico ni palpitaciones. No otra clínica asociada.

Exploración y pruebas complementarias: Estable hemodinámicamente, constantes mantenidas y afebril. Auscultación cardiopulmonar, exploración abdominal y neurológica dentro de la normalidad. En cuanto a cabeza y cuello, se presentó abotargado, edema facial, cianosis y frialdad de pabellones auriculares, nariz y labios. Ingurgitación yugular en sedestación, circulación colateral en escote y tumefacción en cuello. Dada la exploración física se derivó a Urgencias. Una vez allí, se realizó radiografía tórax, sin presencia de alteraciones patológicas (correcta posición marcapasos) y analítica completa dentro de la normalidad. Se realizó TAC torácico para completar estudio, viéndose abundante circulación colateral en pared torácica postero-lateral derecha, región interescapular y dominante a nivel mediastínico con numerosas estructuras vasculares colaterales. Presencia de marcapasos con acceso por subclavia derecha, defecto flujo repleción en torno a catéter, a nivel de subclavia intratorácica, sugestivo de trombosis/fibrosis pericatéter. Más proximal, repermeabilidad a través de áigos y presencia de pequeño trombo subocclusivo en proximidad aurícula derecha.

Orientación diagnóstica: Síndrome de vena cava superior (SVCS) etiología vascular. Trombosis/fibrosis de vena cava superior (VCS) en relación catéter marcapasos.

Diagnóstico diferencial: SVCS en relación a marcapasos/linfoma maligno/neoplasia pulmonar/tumores benignos. Síndrome aórtico. Insuficiencia cardiaca congestiva. TEP. Pericarditis constrictiva.

Comentario final: SVCS por marcapasos es poco frecuente, aunque el aumento de su implantación aumenta la publicación de casos. En el seguimiento de portadores de marcapasos, un 35% presentaban trombosis VCS y menos del 3% refería síntomas dada la circulación colateral. Factores riesgo: Calibre, número y materiales del cable, inserción difícil y catéter. Tratamiento: Angioplastia con *stent*, trombolisis (trombosis aguda) o anticoagulación 3-6 meses (trombosis crónica).

Bibliografía

1. Peñalver M, Worner F, San José A, Selva A, Ordi J, Arderiu A. Síndrome de vena cava superior secundario a marcapasos intracavitarios. Aspectos diagnósticos y terapéuticos. *Rev Esp Cardiol.* 1991;44:91-3.

Palabras clave: Síndrome de vena cava superior. Disnea. circulación colateral.