

❖ SÍNDROME DE LA VENA CAVA SUPERIOR

El síndrome de la vena cava superior (SVCS) es la manifestación clínica causada por la obstrucción del flujo sanguíneo a través de la vena cava superior (VCS) hacia la aurícula derecha. Es considerado una situación subaguda, considerándolo como una emergencia oncológica con riesgo de vida cuando existe

- Compromiso funcional de la laringe: estridor y disnea.
- Compromiso hemodinámico por compresión directa del corazón o por disminución del retorno venoso
- Edema cerebral en consecuencia confusión, visión borrosa por edema de papila y coma

La VCS tiene paredes delgadas, y la sangre que fluye por ella está a baja presión. Así, cuando los ganglios o la aorta ascendente aumentan de tamaño, la VCS es comprimida y el flujo de sangre se hace lento, pudiendo generarse a consecuencia una oclusión total.

El conocimiento de la anatomía de la VCS y su relación con los ganglios linfáticos circundantes es fundamental para la comprensión del desarrollo del síndrome. La VCS está formada por la confluencia de las venas braquiocefálicas izquierda y derecha en el tercio medio del mediastino, se extiende caudalmente recorriendo el bronquio principal terminando en la aurícula superior derecha. La pleura mediastínica parietal es lateral a la vena cava superior, creando un espacio limitado, y la VCS está adyacente a los grupos de ganglios linfáticos peri traqueales derechos, ácigos, hiliares derechos y subcarinales. Casi el 95% de los casos de SVCS descritos en las series publicadas se deben a cáncer, es generalmente una señal de carcinoma broncogénico localmente avanzado correspondiendo el 65 % a esta etiología ⁽¹⁾ las causas más comunes en orden de frecuencia son:

- Carcinoma broncogénico de células pequeñas
- Carcinoma de células escamosas de pulmón
- Linfoma no Hodgkin, células grandes
- Adenocarcinoma de pulmón

1

- Carcinoma de células grandes de pulmón

Dentro de las causas no neoplásico se encuentran, entre otras, los fenómenos trombóticos por catéteres venosos centrales.

Causa menos frecuentes de SVCS:

1. NEOPLÁSICAS

- Neoplasias metastásicas de células germinales
- Cáncer metastásico de mama
- Cáncer del colon
- Sarcoma de Kaposi
- Carcinoma del esófago
- Mesotelioma fibroso
- Síndrome de Behçet
- Timoma
- Linfoma de Hodgkin

2. NO NEOPLÁSICAS

- Mediastinitis fibrosa, ya sea idiopática o asociada con histoplasmosis
- Bocio subesternal de tiroides, sarcoidosis.

La evidencia clínica puede desarrollarse súbita o gradualmente cuando se comprime, invade o trombose la VCS por los procesos que tienen lugar en mediastino superior. La gravedad del síndrome depende de la rapidez con que comenzó la obstrucción, de su localización, y de la evolución hacia el signo sintomatología de emergencia referida previamente. Como consecuencia de la obstrucción venosa se desarrolla la circulación colateral, siendo el sistema de vena ácigos el más importante. Por ello la obstrucción de la VCS por encima de la vena ácigos tendrá menor traducción clínica, si el proceso se desarrolla súbitamente, las venas colaterales no tienen tiempo de distenderse para

dar cabida a un aumento del flujo de sangre. La presión venosa suele estar elevada, la disminución del retorno venoso en este territorio produce un aumento de la presión venosa en la cabeza, cuello y miembros superiores, manifestarse clínicamente en forma variada. (2)

La típica manifestación al examen físico es la triada clásica del síndrome de VCS (3): edema en esclavina (cara, cuello y ambas regiones supraclaviculares), cianosis en cara y extremidades superiores y circulación colateral toraco-braquial. Otros signos que pueden observarse son: taquipnea, raramente síndrome de Horner y una cuerda vocal paralizada.

Los síntomas que hacen sospechar de este síndrome son la disnea (la cual empeora con el decúbito), tos, e inflamación de la cara, cuello, tronco superior y extremidades. Siendo de menor frecuencia: la ronquera, dolor del tórax, disfagia, tos y hemoptisis. Otros síntomas referidos por los pacientes son somnolencia, cefalea, lagrimeo, sensación de vértigo, acufenos.

FRECUENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS

➤ Disnea	63%
➤ Sensación de edema facial y Presión de la cabeza	50%
➤ Tos	24%
➤ Edema de brazos	18%
➤ Dolor torácico	15%
➤ Disfagia	9%

Una vez que se reconoce el SVCS es importante la pronta atención clínica. En ausencia de obstrucción traqueal, no es probable que el SVCS sea una emergencia oncológica que ponga la vida en peligro y no se justifica el tratamiento antes de un diagnóstico definitivo (4).

La evaluación inicial del paciente deberá incluir una radiografía de tórax para buscar masas mediastínicas y condiciones relacionadas como derrame pleural, colapso lobular o cardiomegalia. La exploración del tórax por tomografía computarizada (TAC)

ofrece la información diagnóstica más útil y puede definir la anatomía de los ganglios mediastínicos afectados

TRATAMIENTO

El tratamiento del síndrome de la vena cava superior (SVCS) depende de la etiología de la obstrucción, la gravedad de los síntomas y el pronóstico del paciente.

El tratamiento de una obstrucción maligna depende de la histología del tumor, se deberá hacer un diagnóstico patológico, si no se hizo previamente, antes de la iniciación del tratamiento.

La paliación por corto plazo de un paciente sintomático puede lograrse elevando la cabeza y usando corticoides y diuréticos, estos últimos usados con precaución ya que pueden terminar causando complicaciones sistémicas, como la deshidratación.

- **Quimioterapia** es el tratamiento selecto para tumores sensibles como linfoma o cáncer de pulmón de células pequeñas. El SVCS no parece ser un factor pronóstico independiente, y su presencia no se deberá usar para cambiar el enfoque del tratamiento.
- **Radioterapia** puede ser beneficiosa cuando la obstrucción de la VCS es causada por un tumor que no es sensible a la quimioterapia. Se estima un alivio de los síntomas en el cáncer del pulmón de células pequeñas entre un 62% y un 80%, mientras que, en el cáncer de pulmón de células no pequeñas, alrededor del 46%.
- **Trombolisis** se ha indicado que el SVCS cuando un trombo se forma ocluyéndola parcialmente. En pacientes que tienen un trombo documentado en la VCS, el tratamiento puede incluir trombectomía con o sin activador de tejido plasminógeno u otros agentes trombolíticos como la estreptocinasa o urocinasa.

Bibliografía

- 1- Barquero-Romero J, López Cupido V, Torrado Sierra O, Valencia Terrón M. Serv Med Interna, Complejo Hosp Univ de Badajoz, Serv Extremeño de Salud, España Severe ocular symptoms as an initial manifestation of superior vena cava syndrome An Med Interna. 2008 Jul; 25(7):356-8.
2. Tanigawa N, Sawada S, Mishima K, et al. Clinical outcome of stenting in superior vena cava syndrome associated with malignant tumors. Comparison with conventional treatment. Acta Radiol 39 (6): 669-74, 1998.
3. Imazio M, Mayosi BM, Brucato A, et al. Cardiol Dep, Maria Vittoria Hospital, Via Cibrario 72, Turin, Italy Triage and management of pericardial effusion. J Cardiovasc Med (Hagerstown). 2010 Dec;11(12):928-35.
- 4- Soler-Soler J.Source, Jaume Sagristà-Sauleda, Axel Sarrias Mercé, Jordi Soler-Soler, Cardiology Service, Àrea del cor, ACORVH, University Hospital Vall d'Hebron, Passeig Vall d'Hebron, Barcelona, Spain. Diagnosis and management of pericardial effusion World J Cardiol. 2011 May 26;3 (5):135-43.