



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

V-074 - SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR DIAGNOSTICADA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN NEOPLÁSICA

N. Moya Notario, A. Ojeda Sosa, L. Suárez Hormiga, J. Orihuela Martín, M. López Garrido, D. Rejas Velasquez, S. Moreno Casas, R. Apolinario Hidalgo

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Objetivos: El síndrome de vena cava superior (SVCS) como primera manifestación oncológica es una entidad poco frecuente. La clínica puede ser variable: edema en esclavina, síntomas inespecíficos, siendo el síndrome de Horner menos frecuente. La causa más frecuente es la oncológica (75-86%), predominando el cáncer no microcítico de pulmón (50%), seguido del microcítico (25%) y linfomas (10%). Actualmente no se considera una urgencia médica absoluta; se espera al diagnóstico histológico para iniciar tratamiento, excepto si hay datos de gravedad. Se emplea quimioterapia en neoplasias quimiosensibles (linfomas, cáncer microcítico de pulmón). La radioterapia se destina a cáncer no microcítico y casos de gravedad. Se analizan los pacientes diagnosticados de SVCS en el año 2015 en nuestro Servicio de Medicina Interna.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de las características de los pacientes con SVCS. Del total de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2015, 130 pacientes se diagnostican de neoplasia, y de ellos, cuatro ingresan por un SVCS.

Resultados: Predominan pacientes varones (3 de los 4 pacientes), con una edad media de 72,25 años (rango 55-87). Los motivos de ingreso eran dispares: cuadro constitucional, tos y expectoración, masa mediastínica y clínica neurológica compatible con síndrome de Claude-Bernard-Horner. En dos casos se objetivaba edema en esclavina. Se pudo confirmar el diagnóstico anatomopatológico en 2 casos, los cuales correspondían a cáncer microcítico de pulmón. En los otros dos pacientes, la biopsia no fue concluyente y no se pudo completar estudio por la situación clínica de gravedad; en uno de ellos la imagen radiológica apuntaba a neoplasia de pulmón, en el otro, linfoma. El caso del probable linfoma correspondía a una mujer de 87 años, que falleció a los 6 días del ingreso por neumonía nosocomial grave. En todos los casos se encuentra diseminación a distancia. En cuanto al tratamiento, en todos de ellos se emplea radioterapia, pero no en las primeras horas. En el caso del paciente más joven con cáncer de pulmón microcítico, inicialmente se intenta colocación de stent sin éxito, seguidamente se asocia quimioterapia, debido al buen performance status. Se asocian corticoides en todos los casos. El empleo de diuréticos y anticoagulación es variable. La supervivencia media fue de 34,25 días (rango 6-49).

Discusión: El SVCS es una presentación poco frecuente comparado con el número total de ingresos que se diagnostica finalmente de neoplasia en nuestro servicio. En nuestra serie predomina la neoplasia de pulmón como primera causa de SVCS. Aunque la forma de presentación es variable, con un 50% de los pacientes con edema en esclavina, llama la atención la presencia de un cuadro de presentación con clínica de Horner. La

supervivencia, a pesar de tratamiento, es inferior a 2 meses en todos los casos, debido al estadio tumoral al ingreso, en todos los casos metastásico, y al origen celular del tumor. En el caso del linfoma, aunque con habitual mejor pronóstico, en nuestro caso se trataba de una paciente de mayor edad con mal performance status, que justifica la menor supervivencia. El empleo de otras medidas como corticoides, diuréticos se continúan empleando.

Conclusiones: El síndrome de vena cava superior (SVCS) es una entidad poco frecuente como primera manifestación oncológica, pero que requiere un manejo diagnóstico-terapéutico rápido y eficaz. Debido al elevado número de ingresos en Medicina Interna por neoplasia, hay que tener en cuenta esta posibilidad diagnóstica. Es fundamental el diagnóstico histológico para adecuar el tratamiento, aunque la radioterapia es un pilar del tratamiento. La supervivencia en pacientes en estadio IV, con o sin presentación de SVCS, es inferior.