

## IMÁGENES EN LA PRÁCTICA MÉDICA

# Síndrome de la vena cava superior

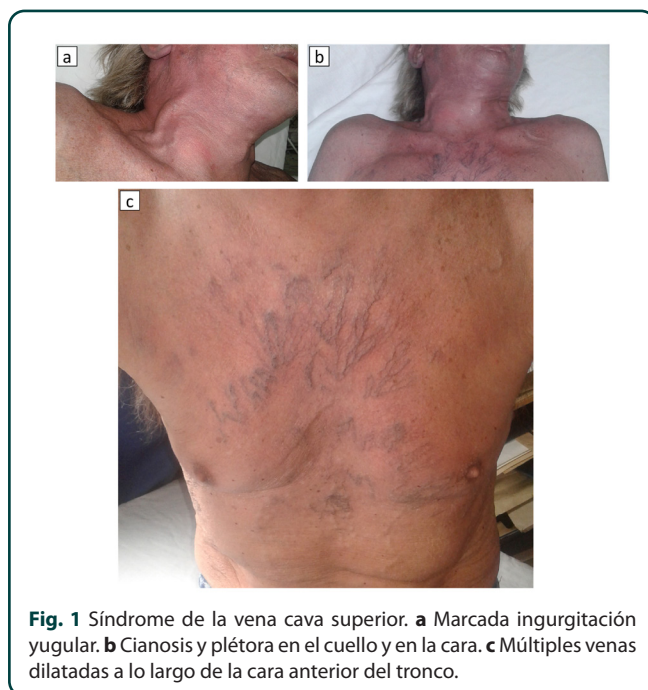
## *Superior vena cava syndrome*

Dr. Pablo Blanco<sup>1, 2</sup>  • Dr. Fernando Esteban<sup>1, 2, 3</sup>  • Dra. Ivana Leonardi<sup>4</sup> 

Recibido: 2020 marzo 15/ Aceptado: 2020 marzo 24/ Publicado *online*: 2020 marzo 27  
©El autor(es) 2020 por Revista del Hospital "Dr. Emilio Ferreyra". Este artículo es de acceso abierto.

Un hombre de 67 años de edad se presentó en el consultorio con disfonía, tos seca y disnea que empeoraba en el decúbito supino, de tres semanas de evolución. El paciente había recibido tratamiento sintomático con corticoides sistémicos y nebulizaciones con solución salina en la semana previa, sin mejoría clínica. Como dato relevante, se destacaba una historia de tabaquismo de 50 paquetes/año. Al examen físico, se objetivó cianosis y edema predominantemente en el cuello y en la cara, ingurgitación yugular bilateral y múltiples venas dilatadas y tortuosas que se distribuían a lo largo de la cara anterior y lateral del tórax y abdomen (**Fig. 1**). Con el diagnóstico presuntivo de síndrome de la vena cava superior (SVCS), se solicitaron estudios por imágenes del tórax (**Fig. 2a-c**), donde se evidenció una gran masa ganglionar mediastinal que comprimía a la vena cava superior (VCS). El estudio citológico de una adenomegalia cervical derecha (**Fig. 2d-f**) confirmó que se trataba de una metástasis de carcinoma de células pequeñas. Se le ofreció terapia radiante de urgencia, con evolución tórpida y desenlace ominoso en el lapso de un mes.

El SVCS resulta de la obstrucción a cualquier nivel de la VCS, incluyendo la unión cavo-atrial superior y/o los troncos braquiocefálicos [1-2]. El 60-70% de los casos se deben a etiologías malignas como el cáncer pulmonar, linfomas, metástasis o tumores de células germinales, los cuales actúan comprimiendo a la VCS [3]. Las causas benignas incluyen a la sarcoidosis, tuberculosis, mediastinitis fibrosante, timoma, bocio intratorácico y trombosis intraluminal, esto



último observado de manera creciente debido al uso de dispositivos intravasculares como catéteres, cables de marcapasos o de desfibriladores [1-3]. En algunos pacientes, puede coexistir el mecanismo compresivo y trombótico.

Las manifestaciones clínicas del SVCS incluyen edema, cianosis y plétora en la cara, cuello y brazos, a menudo asociado a colaterales venosas visibles en la pared torácica y abdominal. Pueden ocurrir manifestaciones más graves, como compromiso de la vía aérea por edema laríngeo e hipertensión intracraneana secundaria a edema cerebral [1]. Las presentaciones más floridas se observan en enfermos con obstrucciones de rápida evolución o cuando la VCS se ocluye caudalmente a la desembocadura de la vena Ázigos, a nivel de T5-6.

✉ Pablo Blanco • [ohutabes@gmail.com](mailto:ohutabes@gmail.com)

<sup>1</sup>Departamento de Docencia e Investigación, Hospital "Dr. Emilio Ferreyra", Avenida 59 nro. 4801, B7630HAH Necochea, Argentina.

<sup>2</sup>Hogar de adultos mayores "Dr. Alejandro Raimondi", Avenida 75 nro. 226, B7630HAH Necochea, Argentina.

<sup>3</sup>Servicio de urología, Hospital "José Irurzun", Calle 541 nro. 3550, B7631 Quequén, Argentina.

<sup>4</sup>Servicio de anatomía patológica, Hospital "Dr. Emilio Ferreyra", Avenida 59 nro. 4801, B7630HAH Necochea, Argentina.

La evaluación diagnóstica del enfermo con SVCS incluye pruebas por imágenes del tórax, de las cuales la tomografía computarizada con contraste intravenoso es la más utilizada. En pacientes con alergia al yodo puede recurrirse a la resonancia magnética nuclear (RMN) con inyección de contraste paramagnético. En aquellos pacientes con enfermedad renal crónica avanzada, la venografía por RMN por tiempo de vuelo (sin inyección de gadolinio) ha demostrado una performance similar a la venografía convencional en la detección de la oclusión de la VCS. Más recientemente, la venografía por RMN en modo de tiempo resuelto puede reducir la cantidad de gadolinio inyectado y el riesgo de fibrosis sistémica nefrogénica. Por último, la venografía convencional se reserva para la revascularización de la VCS mediante dilatación y colocación de *stent*, en los casos que así lo ameriten [1].

El tratamiento definitivo dependerá de la enfermedad de base.

### Acceso abierto

© Esta revista se distribuye bajo una Licencia *Creative Commons* Atribución 4.0 Internacional (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), la cual permite el uso, distribución y reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se otorgue el crédito apropiado al autor o autores originales y a la fuente, se proporcione un enlace a la licencia *Creative Commons* y se indique si se realizaron cambios.

### Abreviaturas

SVCS: síndrome de la vena cava superior; VCS: vena cava superior; RMN: resonancia magnética nuclear.

### Conflicto de intereses

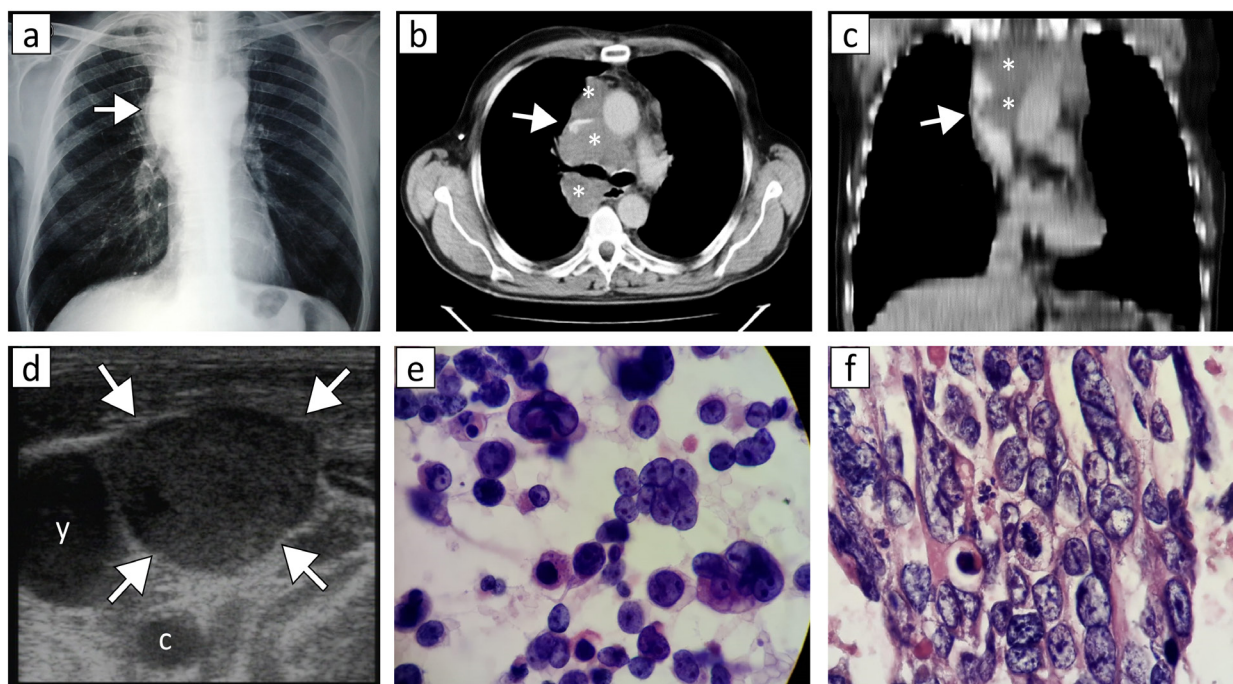
Ninguno.

### Consentimiento informado

Se obtuvo consentimiento informado del paciente involucrado en el artículo.

### Referencias bibliográficas

1. Lepper PM, Ott SR, Hoppe H et al. Superior vena cava syndrome in thoracic malignancies. *Respir Care*. 2011;56(5):653-66.
2. Meier A, Alkadhi H. Venous Collateral Pathways in Superior Thoracic Inlet Obstruction: A Systematic Analysis of Anatomy, Embryology, and Resulting Patterns. *AJR Am J Roentgenol*. 2019:1-11.
3. Rice TW, Rodriguez RM, Light RW. The superior vena cava syndrome: clinical characteristics and evolving etiology. *Medicine (Baltimore)*. 2006;85(1):37-42.



**Fig. 2** Panel superior: diagnóstico por imágenes del síndrome de la vena cava superior. **a** Ensanchamiento del mediastino superior (*flecha*) en la radiografía de tórax de frente. **b y c** Tomografía computarizada de tórax con contraste intravenoso (**b** plano axial; **c** reconstrucción coronal) donde se observó una gran masa ganglionar mediastinal (*asteriscos*) que comprimía a la vena cava superior (*flecha*). Panel inferior: **d** Adenomegalia cervical (*flechas*) sospechosa de malignidad, objetivada en la ecografía del cuello; y vena yugular interna derecha, **c** arteria carótida primitiva derecha. **e** Estudio citológico y **f** del bloque celular de la adenomegalia cervical derecha, que mostró células con escaso citoplasma, cromatina granular y amoldamiento nuclear, compatible con metástasis de carcinoma de células pequeñas (tinción de hematoxilina y eosina, 1000X).

### Citar este artículo

Blanco P, Esteban F, Leonardi I. Síndrome de la vena cava superior. *Rev Hosp Emilio Ferreyra*. 2020; 1(1):e17-e18. doi: 10.5281/zenodo.3728190