



medicina general y de familia

edición digital

www.elsevier.es/mgyf



Clínica cotidiana

Síndrome de la vena cava superior como forma de inicio de carcinoma microcítico de pulmón en un varón de 51 años



José Alberto Hermida Pérez^{a,*}, Álvaro Bermejo Hernández^b,
Juan Pedro Bermejo Hernandez^c y Belkis Jiménez Vila^d

^a Centro de Salud de El Paso, Santa Cruz de Tenerife, España

^b Centro de Salud de Los Llanos de Aridane, Santa Cruz de Tenerife, España

^c Hospital General de La Palma, Santa Cruz de Tenerife, España

^d Centro de Salud de Miller Bajo, Las Palmas de Gran Canaria, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de marzo de 2015

Aceptado el 13 de mayo de 2015

On-line el 20 de junio de 2015

Palabras clave:

Carcinoma microcítico de pulmón

Síndrome de la vena cava superior

Complicaciones

Pruebas de imagen

Tratamiento paliativo

R E S U M E N

Varón de 51 años de edad, fumador de 3 cajetillas diarias de cigarrillos durante 30 años. Padre fumador, fallecido de neoplasia pulmonar, madre fallecida de enfermedad de Alzheimer.

Acude a consulta por presentar edema en el cuello, en la región submaxilar y parotídea; molestias orofaríngeas con edema e hiperemia faringo-amigdalal, adenopatías supraclaviculares derechas.

En la analítica hay una gran leucocitosis (25.000).

En la radiografía del tórax se observa una gran imagen tumoral parahiliar superior derecha.

Se le remite al hospital, donde es estudiado con TC tóraco-abdominal, fibrobroncoscopia y eco doppler. Se le diagnostica un carcinoma microcítico pulmonar diseminado con obstrucción de la vena cava superior.

Se indica tratamiento quimio y radioterapéutico. La respuesta inicial es buena: hay mejoría clínica y regresión de la masa pulmonar constatada en la radiografía del tórax.

© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Superior vena cava syndrome as an initial symptom of small-cell lung cancer in a 51 year-old male

A B S T R A C T

The case is presented of a 51 year-old man, a smoker of 3 packs of cigarettes per day for 30 years. Father was a smoker, dying of pulmonary neoplasia, and the mother died from Alzheimer disease.

Keywords:

Small-cell lung cancer

Superior vena cava syndrome

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: hermidana@yahoo.es (J.A. Hermida Pérez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2015.05.005>

1889-5433/© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Complications
Imaging tests
Palliative treatment

He came to clinic due to having swelling in the neck, sub-maxillary, and parotid region, as well as oropharyngeal discomfort with swelling, pharyngeal-tonsil hyperaemia, and right supraclavicular lymph nodes.

The laboratory results showed a large increase in white cells (25,000).

A large image of an upper right parahilar tumour was observed in the chest X-ray.

He was referred to hospital, where he was studied with a thoraco-abdominal CT scan, fibre-optic bronchoscopy, and Doppler ultrasound. He was diagnosed with disseminated small-cell pulmonary carcinoma with superior vena cava obstruction.

Chemotherapy and radiotherapy was indicated. The initial response was good, with clinical improvement and regression of pulmonary mass observed in the chest X-ray.

© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Varón de 51 años de edad, fumador de 3 cajetillas diarias de cigarrillos desde hace más de 30 años; fue sometido a tratamiento de desintoxicación por enolismo hace 7 años; ha sido diagnosticado de hipercolesterolemia.

Padre fallecido de neoplasia pulmonar (comenzó con un síndrome de Horner); madre fallecida de enfermedad de Alzheimer.

Acude a consulta por presentar dolor de garganta, edema de la región parotídea y submaxilar, del cuello y de la cara de 2 días de evolución.

La exploración muestra el edema de las regiones antes mencionadas; faringe y amígdalas con gran hiperemia, edematosas; adenopatías supraclaviculares derechas. Auscultación cardiaca: ruidos cardiacos rítmicos de buen tono. Auscultación respiratoria: murmullo vesicular algo disminuido en el hemitórax derecho. No presenta disnea, buen estado general, consciente y orientado.

En la radiografía del tórax (fig. 1) se observa una tumoración adyacente al mediastino superior derecho.

Analítica: leucocitosis (25.000).

Es remitido de forma urgente al hospital con la sospecha clínica de neoplasia pulmonar y síndrome de la vena cava superior (SVCS). Es ingresado para estudio y tratamiento.

Tomografía axial computarizada de tórax sin contraste (debido a la extravasación de contraste intravenoso) (fig. 2): imagen de masa de partes blandas que ocupa gran parte del mediastino superior derecho, que parece extenderse



Figura 1 – Radiografía del tórax. Se observa una tumoración adyacente al mediastino superior derecho, responsable del síndrome de vena cava superior.



Figura 2 – Radiografía de tórax tras radio y quimioterapia. Se observa importante regresión tumoral.

cranealmente hasta la región supraclavicular derecha, compatible con voluminoso proceso neofornativo localmente muy avanzado, que con muy alta probabilidad engloba estructuras mediastínicas, en particular la VCS, compatible con la información clínica; engrosamiento pleural anterior en el lóbulo pulmonar superior derecho (LSD) y nódulo subcircular en el lóbulo inferior derecho; área de afectación pulmonar antero-superior en LSD sugerente de neumonitis distal o de incipiente linfangitis carcinomatosa; derrame pericárdico y pleural derecho.

Ecografía doppler del cuello (fig. 3): trombosis parcial de la vena yugular interna en la parte que contacta con la masa tumoral conocida; produce igualmente efecto compresivo sobre la vena.

Con el diagnóstico de SVCS en el contexto de un proceso neoplásico invasivo torácico, es remitido al centro de referencia en nuestra área de salud, donde es valorado conjuntamente por cirugía torácica, neumología y oncología. Se decide tratamiento con poliquimioterapia y radioterapia de urgencia, tras lo que se consigue una notable mejoría.

Se realiza estudio con fibrobroncoscopia y toma de biopsia. Se obtiene como resultado anatomopatológico la presencia de un carcinoma pulmonar de células pequeñas (microcítico).

Dada la mejoría clínica se le da alta hospitalaria con el diagnóstico de carcinoma pulmonar microcítico grado IV y SVCS.

Continúa tratamiento y seguimiento ambulatorio por oncología, con sesiones de quimioterapia. Se observa cierta

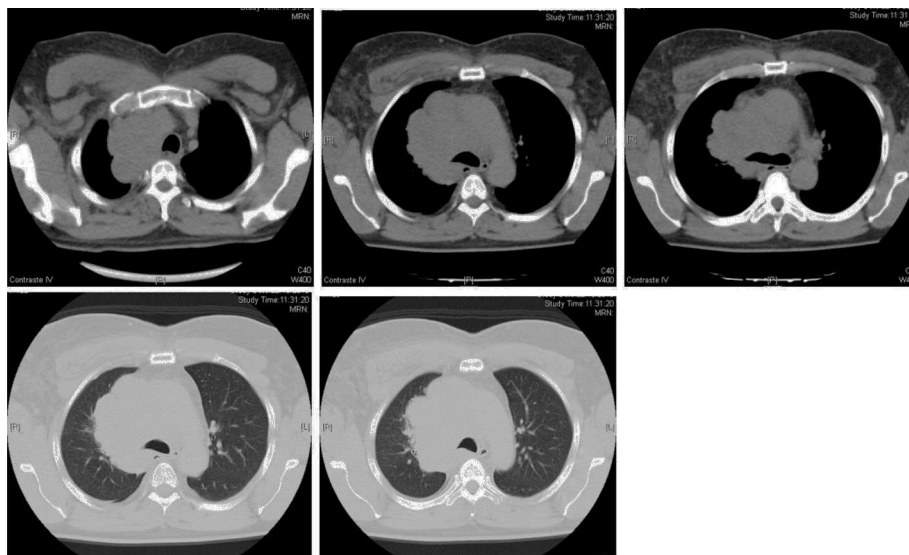


Figura 3 – TC de tórax sin contraste. Imagen de masa de partes blandas que ocupa gran parte del mediastino superior derecho, parece extenderse cranealmente hasta la región supraclavicular derecha (voluminoso proceso neofornativo localmente muy avanzado, que engloba estructuras mediastínicas, en particular la vena cava superior, compatible con la información clínica; signos de incipiente linfangitis carcinomatosa; derrame pericárdico y muy discreto pleural derecho).



Figura 4 – Ecografía doppler del cuello. Se observa una trombosis parcial de la vena yugular interna en la parte que contacta con la masa tumoral conocida, que produce igualmente efecto compresivo sobre la vena.

mejoría, tanto clínica como radiológica en las radiografías de tórax posteriores: reducción significativa de la masa paramediastínica del LSD (fig. 4).

Comentario

El cáncer microcítico de pulmón es uno de los tumores sólidos más agresivos, por su rápido crecimiento y por su tendencia a metastatizar desde fases tempranas. Sin embargo, también es uno de los tumores más sensibles a los tratamientos de quimioterapia y radioterapia, por lo que algunos pacientes con enfermedad limitada pueden sobrevivir a largo plazo. Estas características han hecho de este tumor una

entidad clínica sobre la que se han probado múltiples estrategias de tratamiento, incluyendo tratamientos concomitantes con quimioterapia y radioterapia, esquemas de quimioterapia alternante o de altas dosis con soporte hematológico, o utilización de radioterapia holocraneal profiláctica. Además, en los últimos años, el cáncer microcítico de pulmón también se ha empleado como plataforma de desarrollo de tratamientos bien dirigidos contra dianas específicas, bien de inmunoterapia¹⁻⁵.

La obstrucción de la VCS puede producirse como consecuencia de la compresión externa por parte del tumor primario, por la de las adenopatías mediastínicas secundarias o por fibrosis secundaria a inflamación o trombosis.

Cuando se presenta dicho síndrome el flujo venoso se deriva a su principal vaso auxiliar (la vena ácigos) y a sus sistemas colaterales (las venas mamarias internas, las venas paraespinales y la red venosa esofágica). Las venas subcutáneas son las vías más importantes, y su ingurgitación en el cuello y el tórax es un hallazgo típico del SVCS.

La aparición de los síntomas depende en gran medida de la rapidez con la que se instaura la obstrucción y de su localización. Si bien es más frecuente la instalación lenta y progresiva del síndrome, si lo hace de forma rápida los síntomas serán más intensos (lo que ocurrió en nuestro paciente)⁶.

Los síntomas iniciales son cefaleas que aumentan con el decúbito, somnolencia, zumbidos, vértigos y aumento del diámetro cervical⁵. En algunos casos, cuando es secundario a una trombosis, puede aparecer dolor en la mandíbula, el cuello y el hombro, sin circulación colateral.

Si la compresión perdura se desarrollará cianosis de piel y mucosas en la cara, el cuello y los miembros superiores, hemorragia conjuntival y edema en esclavina (en la cara, el cuello y la parte superior del tórax). Todos estos signos son más evidentes por la mañana, y con el tiempo se ve exoftalmos y macroglosia. En casos graves hay alteración del estado de conciencia. Otros síntomas son ronquera, congestión nasal,

epistaxis, hemoptisis, disfagia, dolor, mareos, síncope y aletargamiento.

Durante el examen físico se encuentra distensión de las venas del cuello y presencia de circulación colateral en la pared torácica. El grado de distensión yugular es variable. Puede aparecer el síndrome de Horner por compresión de la cadena simpática en el mediastino⁶⁻⁹.

El diagnóstico del SVCS es clínico. La evaluación inicial del paciente deberá incluir una radiografía de tórax para buscar masas mediastínicas, derrame pleural, colapso lobular o cardiomegalia¹⁰.

La tomografía axial computarizada ofrece información diagnóstica más útil y puede definir la anatomía de los ganglios mediastínicos afectados; es el examen diagnóstico de elección para evaluar la anatomía del mediastino y la estructura de la VCS. Ubica con exactitud el sitio de la obstrucción y puede servir como guía para la toma de biopsia por mediastinoscopia, broncoscopia o aspiración con aguja fina.

El tratamiento es de la causa subyacente, y además se han de tener en cuenta otras medidas generales: evitar el decúbito, reposo en posición semisentado, oxígeno, diuréticos, dieta hiposódica, corticoides...

Es indispensable identificar a los pacientes que requieren abordaje urgente (edema cerebral, obstrucción de la vía aérea por compresión de la tráquea o por edema de las vías respiratorias, gasto cardíaco disminuido por disminución del retorno venoso...).

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez-García JL, López-Picazo JM, Martín-Algarra S, Viteri S, García-Foncillas J, Gúrpide A. Carcinoma microcítico de pulmón. *Rev Med Univ Navarra*. 2007;51:7-13.
2. Hermida Pérez JA, Sobenes Gutiérrez RJ. Cáncer de pulmón de células pequeñas, tabaquismo y síndromes paraneoplásicos. *Med Gen y Fam (digital)*. 2013;2:153-7.
3. Hermida Pérez JA, Bermejo Hernández A, Hernández Guerra JS, Arroyo Díaz R. Tumor del vértice pulmonar derecho que produce un síndrome de Pancoast. Descripción de un caso clínico. *Semergen*. 2012;38:111.
4. Hermida Pérez JA, Bermejo Hernández A, Hernández Guerra JS, Sobenes Gutiérrez RJ. Carcinoma adenoescamoso de pulmón. *Med Gen y Fam (digital)*. 2012;1:281-9.
5. Hermida Pérez JA, Hernández Guerra JS, Bermejo Hernández A, Sobenes Gutiérrez RJ. Adenocarcinoma mucoscretor de pulmón con diseminación pleural que debuta con un neumotórax. Presentación de un caso clínico. *Semergen*. 2013;39:391-5.
6. Esmeralda Levatti V, Romero Valdez G, Acevedo AL, Tost Romero KL. Síndrome de la vena cava superior: revisión bibliográfica. *Rev Posgrado Via Cátedra Med*. 2005;147:26.
7. Zomeño Rodríguez M. Síndrome de vena cava superior. *Med Spain [en línea]*. 2000 [consultado 1 Mar 2005]. Disponible en: http://www.medspain.com/ant/n13_jun00/SVCS.htm
8. Gucalp R, Dutcher J. Urgencias oncológicas. En: Isselbacher KJ, Braunwaid E, Wilson JD, Martín JB, Fauci AS, Kasper DL, editores. *Harrison. Principios de Medicina Interna*. 15ª edición México D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana; 2002. p. 760-9.
9. Vargas CA, Martínez I. Síndrome de vena cava superior. Guía para manejo de urgencias. *FEPAFEM [en línea]*. 2004;19:1503-6 [consultado Feb 2005]. Disponible en: http://www.fepafem.org/Guias_de_Urgencias/Enfermeria/Sindrome.de.vena.cava.superior.pdf
10. Calzas J, Lianes P, Cortés-Funes H. Corazón y neoplasias: puesta al día. *Patologías del corazón de origen extracardiaco. Rev Esp Cardiol [en línea]*. 1998;51(4) [consultado 1 Mar 2005]. Disponible en: <http://www.doyma.es/pdf/25/c510408.pdf#search=sindrome%20de%20la%20vena%20cava%20superior>