



Original

Tratamiento inicial del síndrome de vena cava superior de causa neoplásica mediante endoprótesis

Amalia Talens^{a,*}, Salvador Ferrer^a, Alfonso González-Cruz^a, Esther Blanco^a, Luis García-Ferrer^a, Vega Irazo^b y Carlos Camps^b

^aServicio de Radiodiagnóstico, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

^bServicio de Oncología Médica, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 27 de julio de 2011

Aceptado el 8 de noviembre de 2011

On-line el 10 de enero de 2012

Palabras clave:

Síndrome de vena cava superior
Neoplasia pulmonar
Endoprótesis

RESUMEN

Fundamento y objetivo: El síndrome de vena cava superior (SVCS) se origina por la dificultad del retorno venoso, producida frecuentemente por un tumor invasor del mediastino. El objetivo de este estudio fue valorar la utilidad de las endoprótesis como tratamiento inicial del SVCS de causa maligna.

Pacientes y método: Desde diciembre de 1996 hasta agosto de 2010 se remitieron 120 pacientes con SVCS para tratamiento percutáneo. Setenta y seis se hallaban en seguimiento oncológico y en 44 casos se desconocía un proceso tumoral. Realizamos un estudio prospectivo no concurrente de 113 pacientes sin tratamiento radioterápico o quimioterápico previo y en los que se optó por el tratamiento intravascular como primera opción.

Resultados: Se trataron 102 varones y 11 mujeres, con una media de edad de 61,18 años (extremos 45-85). Las causas del SVCS fueron: neoplasia pulmonar (100 casos), metástasis pulmonares (6), compresión por adenopatías (6) y un tumor embrionario. Se implantaron 155 prótesis. Fue suficiente un *stent* en 75 pacientes, 2 *stents* en 34 y 3 en 4. El éxito técnico fue del 98,2%. La sintomatología desapareció por completo en 97 pacientes y parcialmente en 13. Como complicaciones destacaron: migración del *stent* (5), epistaxis (1) y hematoma inguinal postpunción (1). Setenta y tres pacientes tuvieron una supervivencia asintomática media de 210 días (permeabilidad primaria 75%, permeabilidad secundaria 52,9%).

Conclusiones: El empleo de endoprótesis en el SVCS de causa maligna es un procedimiento seguro y eficaz que palia la obstrucción venosa, consigue la inmediata desaparición de los síntomas, permite la estadificación del tumor subyacente, facilita la instauración del mejor tratamiento y mejora la calidad de vida.

© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Effectiveness of endovascular prostheses as initial treatment for superior vena cava syndrome of malignant cause

A B S T R A C T

Keywords:

Superior vena cava syndrome
Pulmonary neoplasm
Endoprosthesis

Background and objective: Superior vena cava syndrome (SVCS) is caused by venous return obstruction often originated by an invading mediastinal tumour. Our objective was to evaluate the usefulness of stents as initial treatment for SVCS of malignant origin.

Patients and methods: From December 1996 to August 2010, 120 patients with SVCS were referred for percutaneous treatment. Seventy-six were under oncological follow-up cases and in 44 cases the tumour was unknown. A non-concurrent prospective study was made of 113 patients without prior chemotherapy or radiotherapy, who opted for endovascular treatment as first option.

Results: One hundred and two men and 11 women were treated, mean age 61.18 years old (range 45-85). SVCS causes included lung cancer (100), lung metastases (6), compression by enlarged lymph nodes (6), and an embryonic tumour. One hundred and fifty-five prostheses were implanted. One stent was enough in 75 patients, 2 stents in 34, and 3 in 4. Technical success rate was 98.2%. Symptoms

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: talens_ama@gva.es (A. Talens).

disappeared completely in 97 patients and partially in 13. Complications were stent migration (5), epistaxis (1), and post-procedure groin hematoma (1). Seventy-three asymptomatic patients had a mean survival of 210 days (75% primary permeability and 52.9% secondary permeability).

Conclusions: The use of stents in malignant SVCS is a safe and effective procedure for venous obstruction, leading to the immediate disappearance of symptoms, allowing the underlying tumour staging, facilitating the establishment of the best treatment and improving life quality.

© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El síndrome de vena cava superior (SVCS) se origina por la dificultad del retorno venoso de la circulación torácica superior, y se manifiesta clínicamente por edema facial, cervical y de miembros superiores (edema en esclavina) y la aparición de circulación colateral. En general está producido por un tumor que invade el mediastino, siendo el carcinoma broncopulmonar la causa más frecuente (75%)¹, por lo que su pronóstico es malo. En menor porcentaje (3-22%) puede tener un origen benigno: la utilización de catéteres venosos centrales es responsable de la mayoría de estos casos²⁻⁴.

El tratamiento tradicional se basa en la radioterapia (RT) y la quimioterapia (QT), complementadas o no con cirugía, y casi siempre como opciones paliativas^{5,6}. En los casos graves, los corticoides a dosis elevadas y por pocos días pueden ser útiles por su acción antiedematosa⁷. En los últimos años se ha añadido el tratamiento intravascular como posibilidad terapéutica, utilizado regularmente en las respuestas lentas o refractarias a la RT⁸. Sin embargo, existe escasa bibliografía sobre el empleo de la implantación de endoprótesis para el tratamiento inicial de este síndrome^{9,10}.

Realizamos un estudio prospectivo no concurrente y presentamos nuestra experiencia en 113 pacientes con SVCS de origen maligno en los que se realizó implantación de prótesis metálica de forma percutánea como tratamiento inicial de este síndrome.

Pacientes y método

Desde diciembre de 1996 hasta agosto de 2010 se remitieron a la Sección de Radiología Vasculare e Intervencionista 120 pacientes con SVCS para tratamiento con carácter preferente. De estos, 84 (70%) habían acudido a urgencias por presentar un cuadro disneico y edema facial. Setenta y seis (63%) eran pacientes en seguimiento oncológico, mientras que en 44 (37%) casos no se conocía hasta el momento del ingreso la existencia de un proceso tumoral subyacente. Seis pacientes habían recibido como tratamiento inicial del SVCS QT y/o RT, por lo que se excluyeron de la revisión. En los 114 restantes, se confirmó la compresión de la vena cava superior (VCS) mediante tomografía computarizada (TC) helicoidal en 87 casos, resonancia magnética (RM) en 2 casos, y flebografía en 25, y se decidió el tratamiento intravascular como primera opción.

En todos los procesos se obtuvo el consentimiento informado y eran normales los valores de hemostasia. Se mantuvo la confidencialidad de los datos de los pacientes y se siguieron los principios de la Declaración de Helsinki.

Durante el procedimiento intravascular se monitorizó la presión arterial, la frecuencia cardiaca y la oxemia. Se realizó flebografía/cavografía superior por inyección del medio de contraste en ambos brazos para demostrar el sitio exacto de la lesión y el grado de estenosis venosa, y la punción de la vena femoral derecha fue el abordaje preferido para el tratamiento percutáneo. Se empleó un sistema introductor de 7 French (Super Arrow-Flex[®] set, Arrow International) para pasar una guía hidrofílica de 0,035 inch (Terumo) y un catéter multipropósito de 5 F (Angiodynamics) hasta la lesión. La inyección de contraste permitió conocer con exactitud la longitud de la lesión, que se

atravesó con la guía. En caso de existir trombosis venosa asociada se realizó tratamiento fibrinolítico antes de liberar la endoprótesis, perfundiendo 250.000 UI de uroquinasa, seguidas de 100.000 UI/h durante 18-24 h¹¹. Se intercambié la guía blanda por una más rígida y larga (Amplatz Super-Stiff, Boston Scientific International), sobre la que se introdujo un balón de angioplastia transluminal percutánea (ATP) para dilatar la estenosis en caso necesario o directamente el *stent*, que se implantó sobre la lesión. La elección del calibre y longitud de la prótesis a implantar dependió de las características de la lesión. Se realizó un nuevo control radiográfico para verificar el grado de respuesta de la ATP o la correcta localización del *stent*, y, cuando fue necesario, se ayudó a la expansión de la prótesis mediante catéter de balón. Durante el procedimiento se administraron entre 3.000-5.000 UI de heparina en bolo.

Tras la colocación de la prótesis, suministramos 1.000 UI/h de heparina intravenosa en infusión continua durante 24 h, ajustado según el tiempo de tromboplastina parcial activado, que se sustituyó a las 24 h por heparina subcutánea de bajo peso molecular. Siguiendo la pauta del Servicio de Hematología, se añadieron anticoagulantes orales en forma de derivados de la cumarina (Sintrom[®]) a dosis ajustada al peso, manteniendo una ratio normalizada internacional entre 2 y 4,5, durante un período de 6 meses, o antiagregantes plaquetarios (100 mg de ácido acetilsalicílico). El éxito técnico inmediato se definió como la recanalización del segmento ocluido, recuperando un lumen con calibre normal, sin trombos en la superficie del *stent*, con el flujo preferentemente a través de la VCS y la desaparición de la circulación colateral.

Se definió permeabilidad primaria (PP) aquella conseguida tras el procedimiento percutáneo inicial. Se consideró fallo en la PP la recurrencia de la lesión que requirió un procedimiento percutáneo adicional. Se consideró recurrencia una estenosis > 50%, usando como referencia un segmento de vena normal adyacente al *stent*, o la obstrucción completa. La permeabilidad secundaria (PS) se definió como aquella lograda después de un procedimiento adicional exitoso, en la región recanalizada.

Se valoró como respuesta completa (RC) la desaparición de la sintomatología y signos de exploración física secuentes al SVCS, y por respuesta parcial (RP) la disminución importante de los signos y síntomas sin su total desaparición.

En todos los pacientes se instauró o continuó posteriormente el tratamiento de QT o RT precisado, sin que en ningún caso la prótesis interfiriera en los resultados de estos tratamientos.

Para el procesamiento estadístico de los resultados, se realizó un análisis descriptivo con el programa SPSS (versión 12.0) para Microsoft[®] Windows (Chicago, IL, USA).

Resultados

Se incluyeron 114 pacientes, 103 varones y 11 mujeres, con media de edad de 61,18 años (extremos 45-85). La causa más frecuente del SVCS fue la neoplasia de pulmón (tabla 1). El tiempo medio transcurrido entre la aparición diagnóstica de los síntomas y el tratamiento percutáneo fue de 8,45 días (límites 1-90).

Se objetivó obstrucción exclusiva de la VCS en 62 casos, de uno o ambos troncos innominados en 15 y de VCS junto a uno o ambos troncos innominados en 37.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3800119>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3800119>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)