



Original

Implantación de endoprótesis para el tratamiento del síndrome de vena cava superior maligno: serie de 56 pacientes de un solo centro

Gonçalo Sobrinho^{a,*} y Pedro Aguiar^b^a Department of Vascular Surgery, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal^b Epidemiologia e Estatística, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de septiembre de 2013

Aceptado el 8 de octubre de 2013

On-line el 18 de diciembre de 2013

Palabras clave:

Síndrome de vena cava superior

Endoprótesis

Neoplasia de pulmón

RESUMEN

Objetivo: Presentar una serie de intervenciones de implantación de endoprótesis para tratar el síndrome de vena cava superior (VCS) maligno.

Material y métodos: En una revisión del periodo comprendido entre octubre de 2005 y julio de 2013 se identificaron 56 pacientes consecutivos tratados por un síndrome de VCS maligno sintomático mediante implantación de endoprótesis.

Resultados: La implantación de endoprótesis en la VCS se intentó en 56 pacientes (46 varones, 10 mujeres) de 34–84 años de edad (media 59,3). La tasa de éxitos fue de 49/57 (86%). El éxito se asoció al tipo de obstrucción agrupada de la siguiente forma: grupo 1 (a: estenosis de VCS, o b: oclusión de vena innominada unilateral con estenosis de vena innominada contralateral y VCS normal), grupo 2 (oclusión de VCS y exclusión de oclusión de vena innominada bilateral) y grupo 3 (oclusión de vena innominada bilateral con independencia del estado de la VCS). Las tasas de éxito fueron del 100% (39/39), del 75% (9/12) y del 16,6% (1/6), respectivamente. Estas diferencias eran significativas: grupo 1 frente a grupo 2 + 3 ($p < 0,001$) y grupo 2 frente a grupo 3 ($p = 0,032$). Se produjeron complicaciones agudas en 9 pacientes. Los pacientes en los que se dieron las complicaciones agudas fueron de mayor edad que los demás (67,8 frente a 57,6 años, $p = 0,019$). Hubo muertes relacionadas con la intervención en el 3,5% ($n = 2$). Se produjo una oclusión de la endoprótesis en el 3,5% ($n = 2$). La supervivencia de los pacientes fue baja (mediana 2,6; rango < 1–29,6 meses) e independiente del éxito de la implantación de endoprótesis.

Conclusiones: La implantación de endoprótesis para el síndrome de VCS maligno proporciona un alivio sintomático inmediato y sostenido que persiste hasta la muerte en este grupo de pacientes con una esperanza de vida corta y restablece el acceso venoso central para la administración de quimioterapia. El fallo técnico se asoció a oclusiones de la VCS y sobre todo a una oclusión de la vena innominada bilateral.

© 2013 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Stent Placement for the Treatment of Malignant Superior Vena Cava Syndrome — A Single-Center Series of 56 Patients

ABSTRACT

Objective: To report a series of stenting procedures for the treatment of malignant superior vena cava (SVC) syndrome.

Material and methods: A review conducted from October 2005 to July 2013 retrieved 56 consecutive patients treated for symptomatic malignant SVC syndrome with stenting.

Results: SVC stenting was attempted in 56 patients (46 males, 10 females), aged 34–84 years (mean 59.3). The success rate was 49/57 (86%). Success was associated with the type of obstruction classified as: group 1 (a –SVC stenosis, or b –unilateral innominate vein occlusion with contralateral innominate vein stenosis and normal SVC), group 2 (SVC occlusion excluding bilateral innominate vein occlusion) and group 3 (bilateral innominate vein occlusion irrespective of SVC status). Success rates were 100% (39/39), 75% (9/12) and 16.6% (1/6), respectively. These differences were significant for group 1 versus group 2 + 3 ($p < 0.001$) and for group 2 versus group 3 ($p = 0.032$). Acute complications occurred in 9 patients. Patients in whom acute complications occurred were older than the others (67.8 vs. 57.6 years, $p = 0.019$). The procedure-related death rate was 3.5% ($n = 2$). Stent occlusion occurred in 3.5% ($n = 2$). The patient survival was poor (median 2.6; range < 1–29.6 months), independently of the success of stenting.

Keywords:

Superior vena cava syndrome

Stent

Lung neoplasm

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gsobrinho@aim.com (G. Sobrinho).

Conclusions: Stenting for malignant SVC syndrome provides immediate and sustained symptomatic relief that lasts until death in this set of patients with a short life expectancy and restores the central venous access for administration of chemotherapy. Technical failure was associated with SVC occlusions and primarily with bilateral innominate vein occlusion.

© 2013 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El síndrome de vena cava superior (VCS) es causado por una obstrucción del retorno venoso de la cabeza, cuello y extremidades superiores hacia la aurícula derecha. La obstrucción puede producirse en la VCS o en ambas venas innominadas. Alrededor del 95% de los casos se deben a una enfermedad maligna y el 5% a trastornos benignos. El síndrome de VCS maligno se da en el 3-5% de los pacientes con enfermedad maligna intratorácica avanzada¹. La obstrucción del drenaje venoso es consecuencia de la compresión de la VCS por un tumor originado en el bronquio principal derecho o lobular superior derecho o bien por una linfadenopatía mediastínica grande de los ganglios linfáticos precarinales o paratraqueales derechos². Tras ello puede producirse una trombosis venosa secundaria. La invasión de la VCS es infrecuente. Las manifestaciones clínicas consisten en edema facial, periorbitario, cervical y de extremidades superiores bilaterales, dilatación de las venas superficiales y rubor facial, disnea, tos, ronquera, disfagia, cefalea, visión borrosa y alteraciones cognitivas. Puede producirse la muerte como resultado del edema cerebral y el coma o una obstrucción de las vías aéreas a causa de un edema de glotis o bronquial. La gravedad depende del grado de obstrucción y de la rapidez de inicio. El tratamiento es paliativo. El tratamiento médico incluye el empleo de diuréticos, corticoides y anticoagulantes. La quimioterapia y la radioterapia tardan de una a 3 semanas en resultar eficaces, comportan efectos secundarios importantes y tienen un porcentaje de éxitos del 77% en los casos de carcinoma de pulmón microcítico (CPMC) y del 60% en los casos de carcinoma pulmonar no microcítico (CPNMC), con tasas de recurrencia del 16,6% en el CPMC y del 11% en el CPNMC³. La implantación de endoprótesis puede compararse favorablemente con estos tratamientos, ya que produce un alivio, sin riesgos, en menos de 72 h, una tasa de éxitos del 95%, con una tasa de recurrencias del 11% pero que pueden ser tratadas mediante una reintervención, y con una permeabilidad a largo plazo del 92%³. El tratamiento quirúrgico no es una opción en estos pacientes con una esperanza de vida corta y un mal estado general.

Material y métodos

Una revisión llevada a cabo para el periodo comprendido entre octubre de 2005 y julio de 2013, retrospectiva hasta octubre de 2008 y prospectiva a partir de entonces, identificó a 56 pacientes consecutivos tratados por un síndrome de VCS maligno sintomático con 57 intervenciones de implantación de endoprótesis en la VCS. La implantación de endoprótesis en la VCS constituyó la intervención de primera línea ofrecida a todos los pacientes con el síndrome de VCS maligno, con independencia de la histología tumoral disponible o el uso en ese momento o la previsión de uso futuro de quimioterapia o radioterapia. Se excluyeron los pacientes que no podían permanecer en decúbito supino o semirrecostados (n=2), los que tenían un síndrome de VCS asintomático detectado en la tomografía computarizada (TC) (n=3) y los que presentaban un síndrome de VCS causado por un trastorno benigno (n=2). La TC confirmó el diagnóstico clínico. Se obtuvo una radiografía de tórax anteroposterior al día siguiente de la implantación de la endoprótesis con objeto de verificar su posición y expansión. Se realizó una TC si ello estaba justificado clínicamente. Se obtuvieron datos de los registros

de las historias clínicas y del registro nacional de mortalidad. No se perdió el seguimiento de ninguno de los pacientes.

Análisis estadístico

El análisis de las variables asociadas a la tasa de éxitos (TE) y a las complicaciones se realizó con la prueba exacta de Fisher para las variables nominales y con la prueba de t para las variables de escala. Se utilizó un análisis de regresión logística multivariante. Se calcularon los intervalos de confianza (IC) para los valores de TE con un modelo de distribución binomial. La supervivencia se estimó con el método de Kaplan-Meier y un análisis de las variables relacionadas con la prueba de log-rank. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa informático SPSS Statistics 20.0.

Procedimiento

La implantación de endoprótesis en la VCS se realizó en el quirófano con el empleo de un sistema de imagen digital portátil (Philips, BV Endura). La obstrucción de la VCS se superó generalmente partiendo de una vía de acceso por la vena femoral, con una guía recubierta de PTFE y con punta en J o bien con una guía estándar hidrófila angulada de 0,035 pulgadas, con el apoyo de un catéter vertebral o de Berenstein multifinalidad de 5F, y se orientó con los puntos de referencia anatómicos. Se realizó una primera flebografía de sustracción digital tras superar la obstrucción y por el catéter situado en una posición superior en la vena innominada o en la vena yugular. A continuación se inyectó un bolo intravenoso de heparina de 5.000 UI. Se utilizó una dilatación con balón antes de la implantación de la endoprótesis para las lesiones muy estrechas. El tamaño de las endoprótesis se determinó mediante la TC y la flebografía de intervención. La presencia de una obstrucción en ambas venas innominadas se trató con una implantación de endoprótesis unilateral según lo descrito con anterioridad⁴. El lado a recanalizar fue el que tenía la vena yugular permeable. En el caso de que ambas venas yugulares fueran permeables, se prefirió el lado derecho, ya que tiene un trayecto recto. Se llevó a cabo una dilatación con balón posterior al despliegue, hasta alcanzar diámetros de 12 a 18 mm. La flebografía realizada una vez completada la intervención evaluó el diámetro y el flujo en la VCS y en las arterias pulmonares (fig. 1). Los pacientes fueron dados de alta con un tratamiento de enoxaparina 40 mg y ácido acetilsalicílico 100 mg/día de por vida. En los casos en los que había una trombosis asociada, se utilizó enoxaparina en dosis terapéuticas plenas durante al menos 3 meses y en dosis de 40 mg a partir de entonces. En los pacientes con complicaciones hemorrágicas no se utilizó anticoagulación ni tratamiento antiagregante plaquetario durante un periodo de tiempo variable.

Resultados

La implantación de endoprótesis en la VCS se intentó en 56 pacientes (46 varones, 10 mujeres), de 34-84 años de edad (media 59,3; desviación estándar [DE] 10,7). Se obtuvieron muestras tumorales mediante biopsia transbronquial (n=40, 71,4%), biopsia transtraqueal (n=2, 3,6%), mediastinoscopia (n=10, 17,9%), decorticación pulmonar (n=1, 1,8%) o no se obtuvo ninguna muestra (n=3, 5,4%). Las enfermedades malignas subyacentes fueron las siguientes: adenocarcinoma pulmonar (n=17, 30,4%), carcinoma

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4203283>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4203283>

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