



**Lipoma mediastínico y síndrome de vena cava superior**

**Sr. Director:** El síndrome de vena cava superior (SVCS) es el conjunto de alteraciones clínicas y radiológicas debidas al compromiso del flujo venoso a través de la vena cava superior. Su causa más frecuente es el cáncer de pulmón, que supone el 67,82% del total de los casos. Las causas no relacionadas con la malignidad tumoral pueden llegar a representar el 12% de los casos de SVCS<sup>1</sup>.

Presentamos el caso de un lipoma mediastínico encapsulado generador de un SVCS; se trata de un caso que por su rareza merece la pena ser comentado: mujer de 72 años de edad con insuficiencia renal crónica secundaria a nefropatía por analgésicos. Recibió tratamiento mediante hemodiálisis y hacía 3 años que le habían realizado un trasplante renal de cadáver. Presentaba hipertensión arterial de difícil control farmacológico, además de sobrepeso y bocio normofuncionante. Ingresó por urgencias al presentar en los días previos un empeoramiento de su disnea de larga evolución, aunque no se apreciaba fiebre, tos ni dolor torácico. Refería, asimismo, ortopnea de dos almohadas junto con crisis ocasionales de disnea paroxística nocturna. En la exploración física se constató: obesidad mórbida, presión arterial, 170/90 mmHg; frecuencia cardíaca, 88 lat/min; temperatura, 35,7 °C y saturación de oxígeno, 85%. La exploración de la cabeza y el cuello puso de manifiesto ingurgitación yugular, edema en esclavina y aumento de la circulación colateral en el cuello y la región anterior torácica; el resto de la exploración fue normal. Se realizaron los siguientes exámenes complementarios: analítica: 15.460 leucocitos/μl (el 87% neutrófilos y el 6% linfocitos); 12,3 g/dl de hemoglobina; hematocrito del 34,5%; 270.000 plaquetas/μl; Na, 136 mEq/l, y K, 4,2 mEq/l.

BUN, 35 mg/dl; creatinina, 2,3 mg/dl; glucosa, 128 mg/dl; GAB pH 7,35, pO<sub>2</sub> 79 mmHg, pCO<sub>2</sub> 26,4 mmHg y bicarbonato 18,3 mg/l. En la radiografía de tórax se evidenció una gran masa en el mediastino anterior y medio que desplazaba la tráquea. La tomografía axial computarizada (TAC) (fig. 1) y la resonancia magnética nuclear (RMN) confirmaron lo apreciado en la radiografía simple y el contacto de la masa con los grandes vasos mediastínicos. En la flebografía se comprobó el compromiso venoso con obstrucción venosa central y circulación colateral acompañante. Se diagnosticó una masa mediastínica gigante, que fue intervenida realizándose una toracotomía exploradora y una exéresis de la masa lipomatosa de tamaño 15 × 11 × 8 cm. Se confirmó mediante el correspondiente estudio histológico que se trataba de un lipoma encapsulado. En el postoperatorio, la paciente acusó disnea y dolor torácico brusco junto con ausencia de pulso en el miembro inferior izquierdo. Ingresó en la UCI donde se le realizó un TAC que reveló la existencia de un aneurisma disecante de tipo A inoperable. Falleció a las pocas horas del ingreso.

La historia natural del SVCS es la progresiva obstrucción de la vena cava superior por compresión externa. Se genera una sintomatología insidiosa con disnea (en el 54% de los casos), enrojecimiento facial (50%) tos, (29%) y edema de los miembros o la cara (23%). La velocidad de progresión suele ser elevada por el rápido crecimiento que suelen experimentar los tumores malignos. En este caso, al tratarse de un tumor benigno, la progresión fue más lenta. En las pruebas de diagnóstico por imagen, la radiografía de tórax y la TAC torácica suelen poner de manifiesto la tumoración que origina el SVCS. Además, la TAC y la flebografía permiten obtener la imagen de compresión extrínseca<sup>2</sup>.

El diagnóstico histológico se puede obtener por diferentes métodos: toracotomía (que es el más efectivo), mediastinotomía, toracocentesis, punción transtorácica y broncoscopia (que suele ser la técnica más utilizada)<sup>1,3</sup>.

El tratamiento en el caso de tumores benignos es la resección completa, y a veces hay que realizar la reconstrucción de la vena cava (con injertos biológicos o artificiales). En el caso de tumores malignos el tratamien-

to suele ser radioterapia. La quimioterapia se suele utilizar cuando el causante es el carcinoma pulmonar microcítico o el linfoma no hodgkiniano<sup>1</sup>.

**C.E. García Franco, J.L. Bravo Bravo y J. Zapatero Gaviria**

Servicio de Cirugía Torácica. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

1. Mehta MP, Kinsella TJ. Superior vena cava syndrome: clinical features, diagnosis and treatment. En: Shields TW, Lo Cicero III J, Ponn RB, editors. General thoracic surgery. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000; p. 2149-66.
2. Fraser R, Paré JA, Fraser RG, Paré PD. Enfermedades del tórax. 2.ª ed. Madrid: Marban, 1996.
3. Beltrán de Heredia JM, Ramos G. Quistes y tumores del mediastino. En: Balibrea Cantero JC, editores. Tratado de cirugía. Madrid: Marban, 1994; p. 1294-313.



**Fig. 1. Tomografía axial computarizada torácica: masa mediastínica gigante que contacta con estructuras vasculares.**