

Emergências Oncológicas - Síndrome de Veia Cava Superior na Emergência

Autores e Afiliação:

José Mauricio S C Mota - Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, ex-médico assistente da Unidade de Emergência, FMRP-USP

Área:

Unidade de Emergência / Subárea: Clínica Médica

Objetivos:

1. Reconhecer quadros de síndrome de veia cava superior (SVCS)
2. Conhecer o tratamento inicial no cenário de Urgência/Emergência de pacientes com SVCS

Data da última alteração: Segunda Feira, 24 de Julho de 2017

Data de validade da versão: Sábado, 04 de Agosto de 2018

Definição / Quadro Clínico:

Conjunto de sinais e sintomas causados pela obstrução do fluxo da veia cava superior; pode ser determinado por invasão tumoral, compressão extrínseca ou trombose.

Etiologia:

- Na maior parte das vezes (até 90%) é determinada por neoplasias (tumores mais comuns causadores de SVCS: câncer de pulmão, linfoma não-Hodgkin, tumor germinativo de mediastino, timoma). Causas não-neoplásicas mais comuns: mediastinite fibrosante, trombose relacionada à presença de dispositivos vasculares totalmente implantáveis
- A severidade do quadro clínico é dependente do grau e da velocidade de instalação da obstrução da veia cava superior.

1. Edema facial, tórax superior e de membros superiores
2. Distensão de vasos venosos do pescoço e tórax superior com circulação colateral visível
3. Pletora facial, dispneia, tosse, estridor, síncope, cefaleia, tonturas, confusão, rouquidão, edema de vias aéreas superiores, edema cerebral.

Diagnóstico:

O exame físico é usualmente característico para o diagnóstico sindrômico. Mais comumente os pacientes já tem diagnóstico prévio de neoplasia conhecida.

Exames Complementares:

O exame inicial é a TC de tórax com contraste para determinar etiologia da SVCS; sempre afastar a presença de trombose, pois é causa potencialmente reversível. De acordo com os achados na TC de tórax, avaliar realização de exame complementar específico para determinar etiologia da neoplasia (e.g. broncoscopia, mediastinoscopia, biópsia transtorácica etc).

Tratamento:

Na sala de urgência:

1. Medidas gerais: Cabeceira elevada; evitar balanço hídrico positivo; evitar puncionar acesso venoso em membros superiores

2. Corticóides: dexametasona 4 mg 6/6 h, se importante edema de vias aéreas ou tumores responsivos à corticoterapia (e.g. linfomas)
3. Diuréticos de alça: podem ser usados se edema grave, mas não há estudos que fundamentam seu uso
4. Oxigenioterapia se saturação de oxigênio < 90%
5. Anticoagulação plena em pacientes sem trombose: sem evidência de benefício Tratamento específico:

- Discutir o tratamento oncológico em bases individuais em conjunto com a Oncologia, levando-se em consideração o tipo histológico da neoplasia e o status performance do paciente.

- O uso de stents endovasculares tem se tornado uma opção factível para restaurar o retorno venoso rapidamente (preferência se: necessidade de intervenção rápida por SVCS grave, neoplasias não quimio ou radiosensíveis, tumores sem definição histológica).

Referências Bibliográficas:

1. Wilson LD et al. NEJM. 2007.
2. Yu JB et al. Journal of Thoracic Oncology. 2008.
3. Wan JF et al. Emerg Med Clin N Am. 2007.
4. PMID: 18566082
5. PMID: 22584756