



Síndrome de veia cava superior

Rogério Rufino (1), Cláudia Henrique da Costa (2),
Mário Alberto Dantas L. da Costa (3)

Palavras-chave: síndrome de veia cava superior.

Key-words: Superior vena caval syndrome.

Homem de 74 anos, tabagista, com história de pneumonia, há 8 meses, à direita, foi tratado com amoxicilina. Evoluiu com emagrecimento, inapetência e dispnéia progressiva, durante os dois meses que prosseguiram ao tratamento. Houve novo quadro supurativo pulmonar (tosse com expectoração esverdeada) associado a febre, estertores crepitantes e sopro tubário nos 2/3 inferiores do hemitórax direito. Foi feito novamente o diagnóstico de pneumonia e realizada broncofi-

broscopia, que demonstrou alargamento carinal e infiltração proximal do brônquio principal direito. A biópsia brônquica demonstrou adenocarcinoma mucoepidermóide. Durante o período da hospitalização para tratamento do quadro infeccioso, o paciente apresentou mais de três episódios de lipotimia por dia, depois de tosse eficaz. Na investigação para doenças cardiovasculares, o ECG mostrava taquicardia sinusal e, o ecocardiograma, leve derrame pericárdico. A tomografia computadorizada de crânio e o *doppler* de carótidas e vertebrais eram normais. O paciente evoluiu com edema de face e turgências



Figura 1

Radiografia de tórax da época da internação demonstrando imagens metálicas no terço médio direito devido a "tiro de carabina", condensação no lobo inferior direito e alargamento mediastinal.



Figura 2

Tomografia computadorizada de tórax onde se visualiza gânglio subcarinal.

1. Professor Assistente de Pneumologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
2. Professora Assistente de Pneumologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
3. Médico do Serviço de Oncologia e Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital do Câncer/ INCa, Ministério da Saúde.
Artigo recebido para publicação no dia 19/02/99 e aceito no dia 06/03/99, após revisão.

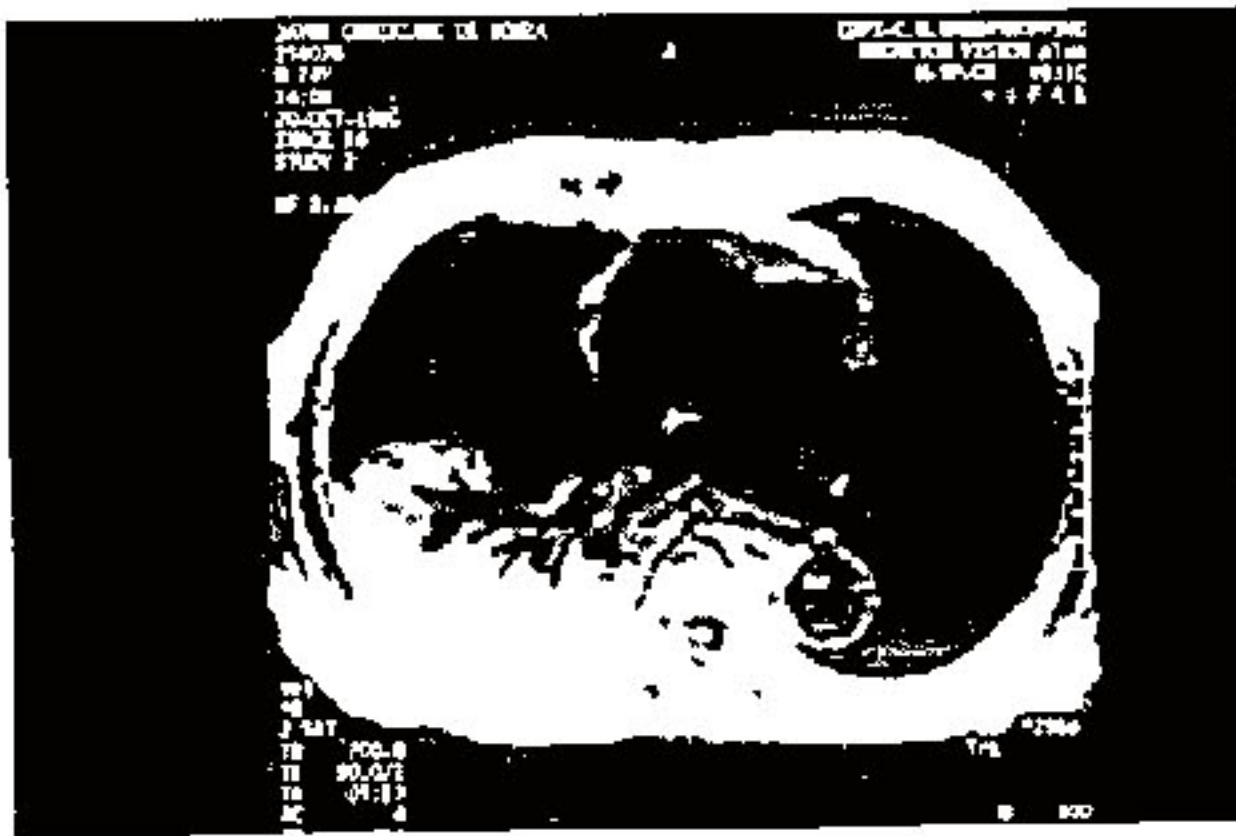


Figura 3
Ressonância magnética de tórax com grande condensação no lobo inferior direito, apresentando broncogramas aéreos.



Figura 4
Ressonância magnética de tórax com grande massa tumoral envolvendo a veia cava superior. Observar o desaparecimento quase completo do seu lúmen.

jugulares. A ressonância magnética (RM) de tórax revelava invasão da veia cava superior pela massa tumoral. O paciente foi encaminhado para tratamento radioterápico.

Diagnósticos pela imagem

Doença pulmonar neoplásica com síndrome da veia cava superior.

Evolução

O paciente faleceu após decorridos 4 meses do tratamento radioterápico. Durante este período a frequência das lipotímias diminuíram.

Discussão

A síndrome da veia cava superior, benigna (5-10%) ou maligna (90-95%), deve ser investigada através da tomografia computadorizada de tórax e/ou ressonância magnética após as radiografias de tórax convencionais (póstero-anterior e perfil). Outros métodos utilizados para melhor interpretação espacial das lesões mediastinais, como a radiografia de tórax com esôfago baritado, tomografia convencional e a arteriografia para avaliação das possíveis lesões vasculares estão sendo pouco utilizadas, após o aparecimento da tomografia computadorizada de tórax (1). Desde então, o médico adquiriu um grande auxiliar no diagnóstico das doenças pulmonares.

A ressonância magnética de tórax nos casos das doenças mediastinais, também é um importante instrumento para definição etiológica. As suas desvantagens são: a não determinação cálcica dos nódulos ou massas pulmonares, a resolução espacial ligeiramente menor do que a obtida atra-

vés da tomografia computadorizada e a não avaliação adequada dos pulmões (2). As suas vantagens são: capacidade de exame dos vasos e da região hilar sem a necessidade de utilização de contraste venoso, avaliação do ápice em incidência coronal, visualização de massas adjacentes ao coração, diafragma e na região paravertebral, possibilidade de examinar o fluxo sanguíneo e de obter informações sobre a sua velocidade e direção e, por fim, conseguir imagens em qualquer plano, permitindo o melhor detalhamento da anatomia para abordagem cirúrgica. Isto é facilmente visto, neste caso, na RM. A oclusão completa da veia cava superior propiciou a diminuição do retorno venoso e, conseqüentemente, diminuição do débito cardíaco, que levava às lipotímias pelo baixo débito cerebral. A gravidade do quadro clínico só permitiu a utilização da radioterapia para diminuir a expansão tumoral sobre a veia cava superior e o brônquio principal direito. O comprometimento dos órgãos mediastinais pela disseminação contígua das lesões pulmonares neoplásicas está diretamente relacionado ao pior prognóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1-Baron RL. Computer tomography anomalies of the mediastinum. *AJR* 1981;135:571-576.
- 2-Belchold RE, et al. Superior vena cava obstruction detection using CT. *Radiology* 1989;157:485-487.
- 3-Tarver RD, Conces Jr DJ. Diseases of mediastinum. In: Haaga JR, Lanzieri CF, Sartoris DJ, Zerhouni EA. *Computed tomography and magnetic imaging of the whole body*. St. Louis: Mosby-Year Book, 1994:661-691.