

## Tumor endoluminal de la vena cava, un gran simulador

Patricia Martínez-Posada, M. Asunción Navarro-Puerto, Pedro J. Maese-Rufino  
UGC Medicina Interna. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. España

Recibido: 03/07/2017  
Aceptado: 13/12/2017  
En línea: 31/12/2017

Citar como: Martínez-Posada P, Navarro-Puerto MA, Maese-Rufino PJ. Tumor endoluminal de la vena cava, un gran simulador. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2017 (Dic); 2(3): 143-145.

Autor para correspondencia: Patricia Martínez-Posada. [patri\\_mp85@hotmail.com](mailto:patri_mp85@hotmail.com)

### Palabras clave

- ▷ Endoluminal
- ▷ Cava
- ▷ Neoplasia
- ▷ Trombosis

### Keywords

- ▷ Endoluminal
- ▷ Cava
- ▷ Neoplasia
- ▷ Thrombosis

### Resumen

Los tumores de la vena cava son excepcionales y de mal pronóstico por su agresividad, demora diagnóstica y escasas opciones terapéuticas. Se presenta el caso de una paciente que ingresa en anasarca. La evolución clínica es desfavorable a pesar del tratamiento. Las técnicas de imagen y el trabajo multidisciplinar fueron fundamentales para el diagnóstico.

### Abstract

*The cava vein tumors are rare entities with a poor prognosis related to its aggressiveness, the diagnostic delay and the limits therapeutic options. We present the case of a patient who is admitted in anasarca. The clinical evolution is unfavorable in spite of the treatment. The image techniques and the teamwork were essential for diagnosis.*

### Puntos destacados

- ▷ Los tumores malignos dependientes de la pared vascular de grandes vasos son de difícil diagnóstico.
- ▷ Su forma de presentación más frecuente es el dolor lumbar y los edemas en miembros inferiores.
- ▷ El retraso diagnóstico limita las opciones terapéuticas.

## Introducción

De los tumores malignos dependientes de la pared vascular, el más frecuente es el leiomioma. Dado que la clínica es inespecífica (la más frecuente, el dolor abdominal y los edemas en miembros inferiores [MMII]), el diagnóstico es complejo y en estadios avanzados, y probablemente la incidencia sea mayor a la descrita. El único tratamiento curativo es la resección quirúrgica radical. La quimioterapia paliativa no aporta mejoría en la supervivencia.

## Antecedentes personales

Mujer de 77 años consulta por astenia y edemas en MMII progresivos en los últimos 3 meses. No presentaba alergias a fármacos. Hipertensión arterial de

larga evolución y buen control habitual. No otros factores de riesgo cardiovascular ni antecedentes personales de interés.

## Enfermedad actual

Consulta en Urgencias por aparición de edemas progresivos en MMII y en zonas declives en los últimos 3 meses, con aumento del perímetro abdominal y astenia intensa. No había presentado dolor torácico ni disnea. No se había inmovilizado.

## Exploración física

Eupneica en reposo, saturación O<sub>2</sub> 96% sin aportes, ingurgitación yugular bilateral, tonos cardíacos arrítmicos a 114 spm y crepitanes finos basales bipulmonares. Edema de pared en zonas declives, ascitis que no está a tensión y edemas en MMII hasta raíz de muslos, empastados.

## Pruebas complementarias

- Analítica de sangre (Urgencias). Glucosa 98 mg/dl, urea 188 mg/dl (19-50 mg/dl), creatinina 4.37 mg/dl (0.5-1.1 mg/dl), sodio 138 mEq/l, potasio 5.1

mEq/l, hemoglobina 9.4 g/dl (11.5-14.5 g/dl), VCM 94,8 fl, leucocitos 17700/mm<sup>3</sup> (4-11 x 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>), plaquetas 442000 (140000-400000). Coagulación: INR 3.26 (0.8-1.2), dímero D 4.421 ng/dl (< 500 ng/dl).

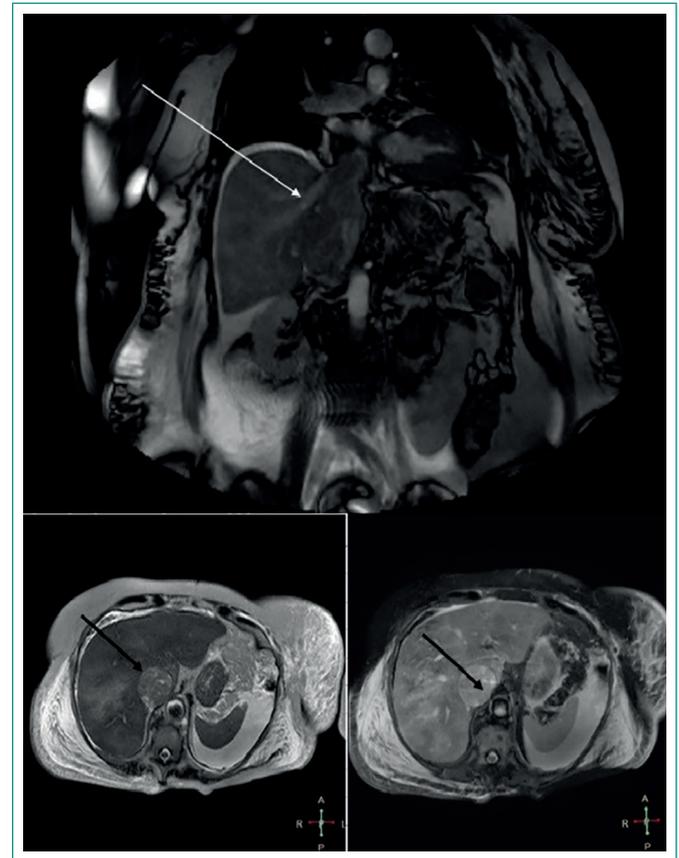
- Análisis de sangre (Medicina Interna). Glucosa 104 mg/dl, urea 245 mg/dl, creatinina 4.12 mg/dl, hemoglobina 9.1 g/dl, INR 4.56, fibrinógeno 1458 mg/dl. Colesterol total 145 mg/dl (< 150 mg/dl). Ferritina 655 ng/ml (90-300 ng/ml). Proteínas totales 6.3 g/dl (6.5-7 g/dl). GGT 428 U/l (< 85 U/l), GPT 154 U/l (30-65 U/l), AST 189 U/l (15-37 U/l), bilirrubina total 2.1 mg/dl (0.2-1 mg/dl), bilirrubina directa 1.9 mg/dl (0-0.30 mg/dl). Sistemático orina: hematíes y leucocitos negativos. Proteínas/creatinina orina: 34 µg/mg creatinina (< 30 µg/mg).
- Ecocardiograma. Dilatación de vena cava inferior a su entrada en aurícula con imagen sugestiva de trombo de gran tamaño, que alcanza el suelo de la aurícula derecha.
- Ecografía y Doppler abdominal (**Figura 1**). Hígado de tamaño normal con vena porta de calibre normal, la vena cava está marcadamente dilatada a nivel hepático con contenido ecogénico sólido heterogéneo de 8 x 4.5 x 4.5 cm sospechoso de masa o imagen de trombo endoluminal que obstruye casi por completo la luz, extendiéndose a aurícula derecha.

- Resonancia magnética (RM) con gadolinio. Importante engrosamiento de la vena cava inferior que se extiende desde aurícula derecha hasta la entrada de las venas renales con una ocupación de su luz heterogénea en T1 y en T2 (**Figura 2B**, corte coronal; y **Figura 3**, cortes coronal y sagitales). En la secuencia de difusión hay áreas sugestivas de necrosis o trombosis asociada, la imagen es sospechosa de una tumoración endoluminal de la vena cava.



**Figura 1.** Ecografía abdominal donde se observa dilatación de vena cava con contenido heterogéneo

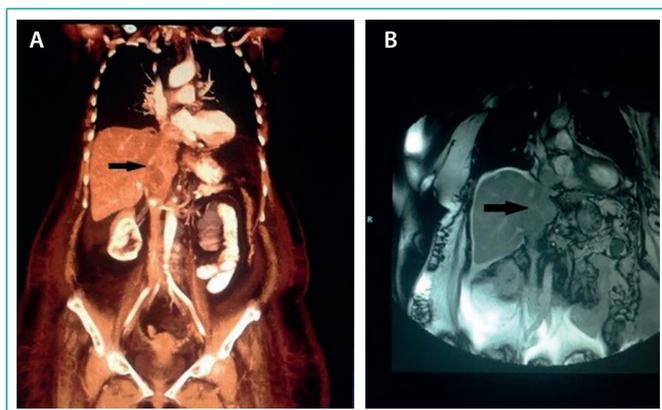
- Tomografía axial computarizada (TAC) de tórax y abdomen. Imagen compatible con gran trombo en vena cava inferior con probable trombosis parcial de la vena renal izquierda que se extiende de forma ascendente hasta aurícula, heterogéneo (**Figura 2A**, corte coronal con imagen sospechosa de trombo a nivel de vena cava).



**Figura 3.** RM donde se observa ocupación completa y marcada dilatación de vena cava, compatible con tumoración dependiente de pared vascular y crecimiento endoluminal y trombo asociado

## Evolución

La paciente ingresa para estudio de la anasarca y su causa, por lo que se instaura tratamiento deplectivo a la espera de las pruebas que se solicitaron inicialmente (análisis completa, ecocardiograma y ecografía abdominal) con escasa respuesta y empeoramiento progresivo de función renal, con la diuresis conservada durante los primeros días. Ante los hallazgos descritos en la ecocardiografía y la correlación clínica de los mismos, se decide progresar en el proceso diagnóstico a la vez que se intensifica el tratamiento añadiendo heparina sódica por la sospecha de trombo extenso sin claro desencadenante. El TAC confirma los hallazgos iniciales sin alteraciones a otros niveles, pero no la sospecha de masa asociada, por lo que se procede a realizar RM con contraste que confirma la existencia de tumoración dependiente de la luz vascular de vena cava. En este proceso se mantiene el deterioro progresivo clínico que motiva el ingreso de la paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Solicitamos valoración por Cirugía Vascul y Oncología para posibilidad de toma de biopsia pero se desestima por la dificultad técnica y la valoración de ausencia de posibilidades terapéuticas a pesar de confirmación histológica. Finalmente se produce el fallecimiento.



**Figura 2.** TAC (A) y RM (B)

## Diagnóstico

Tumor endoluminal de vena cava.

## Discusión

Los tumores malignos dependientes de la pared de los grandes vasos son excepcionales, el más frecuente es el leiomioma (en torno al 0.5% de los sarcomas en adultos) y la bibliografía es escasa, si bien es posible que la incidencia sea mayor a la observada por infradiagnóstico<sup>1,2</sup>. Afecta sobre todo a mujeres entre la quinta y sexta décadas de la vida. El síntoma más frecuente de presentación es el dolor, lumbar o referido a hipocondrio derecho o flanco, seguido por edemas en miembros inferiores, distensión abdominal e incluso fallo renal o síndrome de Budd-Chiari, dependiendo de la localización, y por tanto, inespecíficos y generalmente asociados a otras entidades más frecuentes<sup>2,3</sup>. La escasa incidencia de este tumor y su variable expresividad clínica retrasan habitualmente el diagnóstico, para el cual son precisas técnicas de imagen que valoren el retroperitoneo, de elección la RM con gadolinio<sup>4</sup>. El diagnóstico anatomopatológico es también difícil y con frecuencia se realiza en la necropsia. El único tratamiento potencialmente curativo y con los mejores resultados en supervivencia es la resección quirúrgica radical por un equipo experimentado. En tumores irreseccables, la quimioterapia paliativa no aporta mejoría en la supervivencia y la radioterapia tampoco parece una alternativa. El pronóstico es más sombrío en pacientes que presentan edemas en miembros inferiores, síndrome de Budd-Chiari o afectación de segmento suprahepático de la cava<sup>5</sup>.

## Conclusión

Son neoplasias excepcionales, aunque probablemente infradiagnosticadas, que pueden simular otras patologías como forma de presentación. Su pronóstico es malo, sobre todo asociado a que el diagnóstico suele hacerse en estadios avanzados.

## Bibliografía

1. Laskin WB, Fanburg-Smith JC, Burke AP, Kraszewska E, Fetsch JF, Miettinen M. Leiomyosarcoma of the inferior vena cava: clinicopathologic study of 40 cases. *Am J Surg Pathol*. 2010 Jun; 34(6): 873-881.
2. Wachtel H, Jackson BM, Bartlett EK, et al. Resection of primary leiomyosarcoma of the inferior vena cava (IVC) with reconstruction: A case series and review of the literature. *J Surg Oncol*. 2014.
3. Levi Sandri GB, Sulpice L, Boudjema K, et al. Hepatobiliary and pancreatic: Leiomyosarcoma of the inferior vena cava. *J Gastroenterol Hepatol*. 2014; 29: 896.
4. Ganeshalingam S, Rajeswaran G, Jones RL, et al. Leiomyosarcomas of the inferior vena cava: Diagnostic features on cross-sectional imaging. *Clin Radiol*. 2011; 66: 50.
5. Ito H, Hornick JL, Bertagnolli MM, et al. Leiomyosarcoma of the inferior vena cava: Survival after aggressive management. *Ann Surg Oncol*. 2007; 14: 3534.