



ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Urgência / Emergência Oncológica - Síndrome da Veia Cava Superior

A Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) compreende sinais e sintomas decorrentes da obstrução do fluxo sanguíneo por compressão, invasão e/ou trombose da veia cava superior. Apesar de rara, é uma potencial emergência médica.

I - ASSISTENCIAL

1. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

História Clínica: A maioria dos casos de SVCS (60-85%) está relacionada à neoplasia maligna intratorácica, sendo carcinoma de pulmão não pequenas células e linfoma as causas oncológicas mais frequentes. Cerca de 20 a 40% dos casos podem ser secundários a formação de trombo intramural em cateteres de longa permanência. A apresentação de quadro pode ser insidiosa ou aguda (mais comum nos casos de malignidade), podem estar presentes edema facial, circulação colateral na parede torácica, dispneia, tosse, edema de membros superiores e/ou cervical, sendo outros sintomas menos comuns disфонia, estridor laríngeo, tontura, cefaleia, síncope e alteração de nível de consciência.

Exame físico: Edema facial e de membros superiores, circulação colateral na parede torácica (nos casos mais arrastados). Podem ainda estar presentes: estase jugular, cianose, pletora facial, síndrome de Horner e paralisia de corda vocal.

Exames de imagem:

- Tomografia de tórax com contraste: é o exame de escolha, com 96 a 98% de sensibilidade e 97 a 99% de especificidade para detectar trombose venosa central; presença de circulação colateral é forte indicador de SVCS (92% sensibilidade e 96% especificidade); também diferencia trombose de compressão extrínseca, detecta local, grau e extensão de obstrução.
- Ressonância Magnética: em caso de contraindicação ao uso de contraste (alergia, nefrotoxicidade).

Na impossibilidade de realização ou cenário em que a tomografia de tórax não se encontra disponível: Ultrassom Doppler pode ser útil como exame de triagem inicial, já que pode diagnosticar e avaliar trombos nas veias jugular, subclávia e axilar, além de poder identificar trombos associados a dispositivo intravascular. Radiografia de tórax pode apontar inicialmente o alargamento mediastinal devido à presença de massa ou linfonodomegalia.

2. ESCORE DE RISCO

Classificação de gravidade da SVCS (Yu et al):

0 - Assintomático: presença apenas em exames de imagem

1 - Leve: edema de cabeça ou cervical

2 - Moderado: edema de cabeça ou cervical com comprometimento funcional

3 - Grave: Edema cerebral/edema laríngeo leve ou moderado, insuficiência cardíaca

4 - Ameaçador à vida: edema cerebral significativo, edema laríngeo, comprometimento hemodinâmico

5 - Fatal: morte

2.1 - EXAMES PRÉ OPERATÓRIOS, ADMISSIONAIS E AVALIAÇÃO DO ESPECIALISTA QUANDO NECESSÁRIO

Avaliação da Oncologia / Hematologia / Radioterapia. Em casos a partir de moderado, solicitar avaliação da radiointervenção e apenas em casos muito específicos, cirurgia vascular.

3. INDICAÇÃO INTERNAÇÃO PARA PACIENTES CLÍNICOS

Internação se sintomas leves, moderados ou graves, necessidade de oxigenioterapia ou pacientes com indicação de iniciar anticoagulação plena.

4. ALOCAÇÃO

Casos a partir de moderado, vigilância em sala de urgência em caso de Pronto Atendimento e internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Casos leves internar em nível de enfermaria.

* Individualizar casos de pacientes em cuidados paliativos.

5. TRATAMENTO

O manejo da SVCS relacionada à malignidade está centrado no alívio imediato dos sintomas, bem como no tratamento específico da etiologia.

1. Medidas gerais: Cabeceira elevada (reduzir pressão hidrostática e edema de face e cervical); evitar balanço hídrico positivo; evitar puncionar acesso venoso em membros superiores;

2. Oxigenioterapia se saturação de oxigênio < 92%; individualizar pacientes com doenças pulmonares crônicas e/ou uso de oxigenioterapia domiciliar: saturação de oxigênio 88-92%

3. Em caso de emergência (classificação de gravidade 4), estabilização inicial com ABC (vias aéreas, respiração, circulação), com intubação orotraqueal e ventilação mecânica se indicados (considerar acionamento do protocolo de Via Aérea Difícil), além de estabilização hemodinâmica. Paciente deve ser rapidamente avaliado para recanalização endovascular com ou sem implante de stent para resolver rapidamente a obstrução e proporcionar alívio dos sintomas. Em caso de indisponibilidade, paciente deve ser encaminhado ou regulado para Centro onde o procedimento esteja disponível.

4. Intervenção endovascular (IE) com implante de stent é atualmente a terapia de primeira linha na maioria dos pacientes com síndrome de VCS (tanto para etiologias benignas quanto malignas), particularmente aqueles que apresentam sintomas ameaçadores à vida, como edema cerebral, edema laríngeo ou síncope. Os benefícios incluem rápida resolução dos sintomas com alta taxa de sucesso técnico e baixas complicações do procedimento. Além disso, a IE não afeta negativamente os resultados do bypass cirúrgico aberto, caso os pacientes necessitem posteriormente. A IE não afeta o diagnóstico histológico subsequente e pode ser combinada com outras modalidades de tratamento, incluindo quimioterapia e radiação, se necessário.

- Etiologia benigna: Tratamento endovascular é primeira linha.

- Etiologia não trombótica: Angioplastia com stent primário.

- Etiologia trombótica: Considerar trombectomia farmacomecânica (somente mecânica quando há contraindicação de fibrinólise)

* Há possibilidade de tratamento endovascular inclusive em casos de oclusão total (independente da etiologia)

* Prioritariamente o paciente deverá receber anticoagulação plena + dupla antiagregação

-Falha do tratamento clínico é indicação de tratamento endovascular

5. Cirurgia aberta, como bypass e reconstrução da VCS, são reservadas para casos de trombose venosa extensa ou oclusão altamente sintomáticas e não passíveis de intervenção endovascular.

6. Corticóides:

. Não é recomendado o uso de rotina se ausência de diagnóstico histológico e não existem estudos de efetividade no caso de outras neoplasias;

. Em caso de edema importante de vias aéreas ou tumores responsivos à corticoterapia (se indicado pela oncologia ou hematologia: linfoma, timoma): usar corticoide de alta potência, endovenoso e com duração limitada; p. ex. dexametasona 20mg/dia por 5 dias

* Atenção e vigilância para risco de lise tumoral.

7. Diuréticos de alça: não há estudos que fundamentam o uso;

8. Anticoagulação: em caso de trombose confirmada, para limitar extensão do trombo . Enoxaparina 1 mg/kg 12/12 horas; no caso de contra indicação ao uso de enoxaparina plena (Clcr<30) a anticoagulação com heparina não fracionada é indicada, conforme protocolo institucional, objetivando TTPA entre 2-3.

. Se trombose relacionada à cateter: seguir o protocolo institucional de trombose relacionada a cateter central.

. Na presença de contra indicação absoluta a anticoagulação por sangramento ativo ou pacientes em cuidados paliativos, o caso deverá ser discutido individualmente.

9. Tratamento específico orientado pela equipe assistente (radioterapia, quimioterapia, corticoide).

. Resposta ao tratamento específico pode levar semanas.

6. ALTA HOSPITALAR

Considerar alta hospitalar quando o paciente tiver melhora dos sintomas clínicos e estiver em vigência do tratamento indicado (p. ex. anticoagulação adequada). Nos casos de malignidade, assegurar plano de continuidade de cuidado.

II – INDICADORES DE QUALIDADE

- tempo médio de início de tratamento oncológico
- taxa de mortalidade

III. GLOSSÁRIO

- SVCS: Síndrome da Veia Cava Superior
- VCS: Veia Cava Superior
- IE: Intervenção endovascular

IV. REFERÊNCIAS

- 1] Wilson LD et al. NEJM. 2007.
- [2] Yu JB et al. Journal of Thoracic Oncology. 2008.
- [3] Patriarcheas V et al. Cureus 2022.
- [4] Azizi AH et al. JACC Cardiovasc Interv. 2020

Código Documento: CPTW381.1	Elaborador: Mariana R. Bustamante Lianna F. B. Cavalieri Carolina C. P. Feres Priscila Mina Falsarella Bruno Pagnin Shimd Kaue Polizel Souza	Revisor: Juliana Todaro	Aprovador: Giancarlo Colombo	Data de Elaboração: 27/01/2024	Data de Aprovação: 31/01/2024
---------------------------------------	---	-----------------------------------	--	--	---