

CASO CLÍNICO

Vena cava superior izquierda persistente

Gustavo Restrepo^a, Erik Trespalcios^{b,*}, Salim Ahumada^b, Nancy Toro^c

^a Servicio de Cardiología No Invasiva, Clínica Medellín, Medellín, Colombia

^b Fellow de Ecocardiografía, Clínica Medellín; Universidad CES, Medellín, Colombia

^c Servicio de Radiología, Clínica Medellín, Medellín, Colombia

Recibido el 24 de septiembre de 2013; aceptado el 21 de marzo de 2014

PALABRAS CLAVE

Defectos cardíacos
congénitos;
Ecocardiografía;
Venas;
Diagnóstico

Resumen La vena cava superior izquierda persistente es la anomalía más común del drenaje venoso del tórax y con frecuencia acompaña a otras anomalías congénitas. Generalmente, su hallazgo es incidental durante la inserción de catéteres venosos centrales. Su diagnóstico puede hacerse por medio de múltiples técnicas de imagen. El principal hallazgo ecocardiográfico es un seno coronario dilatado que sugiere la presencia de vena cava superior izquierda persistente. Cuando ésta drena en la aurícula izquierda, urge la corrección del defecto. Aunque habitualmente tiene un curso benigno, siempre que se documente vena cava superior izquierda conviene buscar otras anomalías congénitas.

© 2013 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Congenital heart
defects;
Echocardiography;
Veins;
Diagnosis

Persistent left superior vena cava

Abstract Persistent left superior vena cava (PLSVC) is the most common variation of the thoracic venous system and it is frequently associated with other congenital defects. Its presence is usually detected during the central venous catheter insertion. An echocardiographic finding of a dilated coronary sinus is the most frequent indirect sign of PLSV presence. When this abnormal vessel drains into the left atria, a repair procedure is indicated. PLSVC course is usually benign, but when found, a search for an associated congenital cardiovascular defect is mandatory.

© 2013 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eriktrespa@gmail.com (E. Trespalcios).

Caso clínico 1

Paciente de género femenino, de 66 años de edad, con antecedentes de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) normal, coronarias sanas (coronariografía seis meses atrás), hipertensión arterial sistémica y dislipidemia mixta. Ingresó al servicio de urgencias por clínica compatible con falla cardíaca (disnea, edema de miembros inferiores, deterioro de la clase funcional, crépitos pulmonares, ortopnea) y fibrilación auricular permanente con respuesta ventricular no controlada. Se realizó ecocardiograma transtorácico y se documentó ventrículo izquierdo con geometría normal, FEVI del 65%, ventrículo derecho de tamaño normal con disfunción sistólica severa, dilatación grave de la aurícula izquierda, dilatación leve de la aurícula derecha, insuficiencia tricúspide leve con la que se calculó presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) de 35 mm Hg, insuficiencia mitral moderada y seno coronario dilatado. Se hizo impresión diagnóstica de vena cava superior izquierda persistente (VCSIP). Se inyectó solución salina agitada a través de vena del miembro superior derecho y se observó llenado de la aurícula derecha por flujo proveniente del seno coronario; luego se realizó el mismo procedimiento a través de vena del miembro superior izquierdo y se observó llenado de la aurícula derecha por flujo proveniente del seno coronario.

Se solicitó angio-TAC de tórax que reportó VCSIP como único vaso de drenaje superior, que discurría lateral a la arteria pulmonar izquierda, llegaba al seno coronario, que se observó dilatado, llenaba la aurícula derecha. No se apreció vena cava superior derecha. La aurícula izquierda tenía drenaje venoso pulmonar normal. La vena cava inferior era normal, y la vena hemiaóxicos drenaba a la VCSIP (fig. 1).

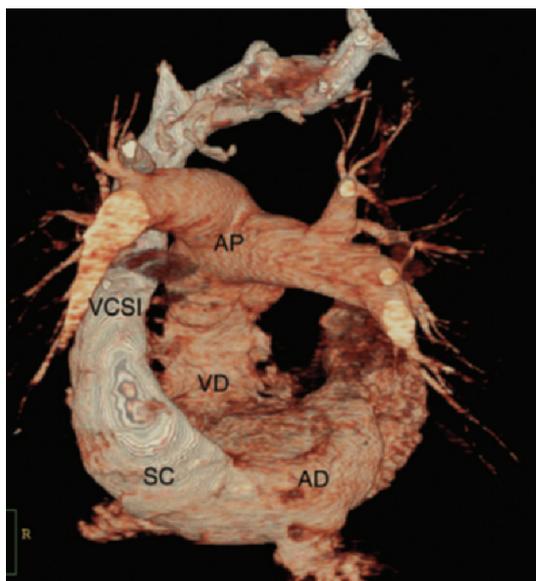


Figura 1 Vista posterior con reconstrucción digital de angio-TAC en la que se evidencia vena cava superior izquierda persistente (VCSIP), seno coronario (SC), aurícula derecha (AD), tronco de arteria pulmonar y sus ramas principales (AP). Nótese la ausencia de vena cava superior derecha.

Caso clínico 2

Paciente de género femenino, de 21 años de edad, con historia de cierre de comunicación interauricular tipo *ostium secundum* en la infancia y diagnóstico documentado de válvula aórtica bicúspide y estenosis pulmonar. Ingresó al servicio de ecocardiografía ambulatorio para ecocardiograma transtorácico y se halló asintomática desde el punto de vista cardiovascular.

La ecocardiografía mostró ventrículo izquierdo con hipertrofia excéntrica leve, FEVI del 60%, válvula aórtica bicúspide con rafé intercoronario, sin insuficiencia ni estenosis; insuficiencia tricúspide leve, válvula pulmonar displásica con estenosis leve, además de ventrículo derecho moderadamente dilatado y severamente hipertrófico. Severa dilatación de la aurícula izquierda y leve de la aurícula derecha. Dilatación del tronco de la arteria pulmonar y sus ramas principales, así como dilatación del seno coronario (fig. 2). Se hizo impresión diagnóstica de VCSIP. Se infundió solución salina agitada a través del miembro superior derecho y se observó llenado de la aurícula derecha; luego se realizó el mismo procedimiento a través de vena del miembro superior izquierdo y se observó llenado rápido de la aurícula derecha por flujo proveniente de seno coronario (fig. 3). En vista supraesternal se observó la VCSI, con lo cual se confirmó su diagnóstico.

No asistió a la cita asignada para angio-TAC de tórax.

Discusión

Los primeros reportes de la VCSIP datan del siglo XVIII, pero la primera gran descripción fue realizada en 1850 por Marshal,



Figura 2 Vista paraesternal eje largo en la que se aprecia dilatación del seno coronario dilatado (flecha).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3012299>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3012299>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)