

## Imagen en cardiología

## Drenaje venoso anómalo y estenosis de vena pulmonar

## Anomalous Pulmonary Venous Drainage and Pulmonary Vein Stenosis

Laura Díaz-Chirón\*, Helena Cigarrán y Jacobo Silva

Área de Gestión Clínica del Corazón, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

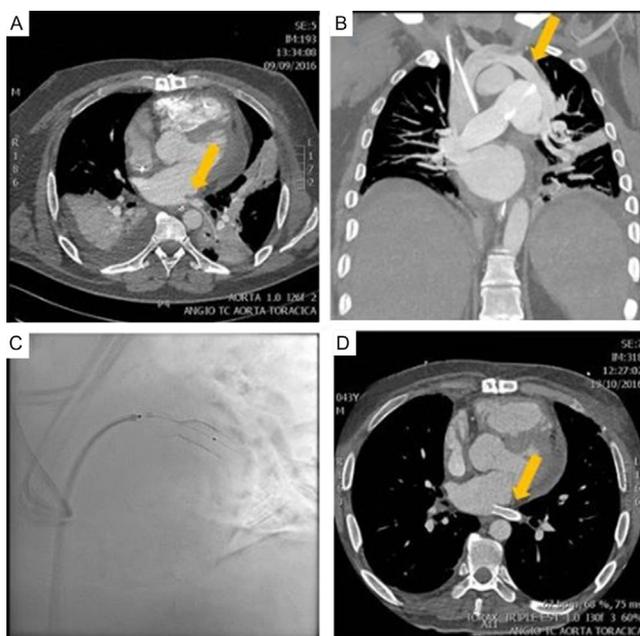


Figura.

Varón de 42 años, con historia de fibrilación auricular desde los 26 años, con varias ablaciones de venas pulmonares, la última de ellas quirúrgica (MAZE IV biauricular) 1 año antes, consultó por disnea lentamente progresiva (clase funcional de la *New York Heart Association* III/IV). En el ecocardiograma presenta derrame pericárdico grave a nivel posterior, que afecta al ventrículo izquierdo; el ventrículo derecho está moderadamente dilatado, hipertrófico y levemente disfuncionante. Ante la mala accesibilidad, se decide el drenaje quirúrgico mediante minitoracotomía anterior, que produjo 400 ml de líquido hemático. El paciente evolucionó desfavorablemente, con aparición de distrés respiratorio. En la tomografía computarizada (TC) de tórax, se observa vena pulmonar inferior izquierda con estenosis grave próxima a la desembocadura en la aurícula izquierda (figura A, flecha), así como drenaje venoso anómalo con desembocadura de vena pulmonar superior izquierda en la vena innominada-aurícula derecha (figura B, flecha), lo cual generaba un *shunt* izquierda-derecha. Se realiza angioplastia, con implante de 2 *stents* (figura C) solapados en la estenosis de la vena pulmonar inferior izquierda, con éxito. La TC de control muestra disminución del calibre del drenaje venoso anómalo y *stent* en la vena pulmonar permeable (figura D, flecha).

El drenaje venoso pulmonar parcial anómalo se incluye en la categoría de enfermedades cardíacas menores debido al pequeño volumen del *shunt*, que genera escasa expresividad clínica y, por lo tanto, se infradiagnostica. Con adecuada sospecha clínica, se puede diagnosticar por ecocardiografía, y en caso de mala ventana ecogénica, se podría recurrir a la TC. Esto permitiría un cribado de cardiopatía estructural en jóvenes que se presentan con fibrilación auricular, lo que es fundamental antes de proceder a la ablación.

\* Autor para correspondencia:  
Correo electrónico: [lauradcs89@gmail.com](mailto:lauradcs89@gmail.com) (L. Díaz-Chirón).  
On-line el 1 de febrero de 2018

Full English text available from: [www.revespcardiol.org/en](http://www.revespcardiol.org/en)