Persistencia de la vena cava superior izquierda

Pedro Morillas, Araceli Frutos, Ricardo Valero, José A. Rodríguez y Vicente Bertomeu

Sección de Cardiología. Hospital Universitario San Juan. San Juan. Alicante.

Fig. 1. Ecocardiograma 2D en proyección apical de dos cámaras en el que se observa una gran dilatación del seno coronario (flechas). AI: aurícula derecha; SC: seno coronario; VI: ventrículo izquierdo.

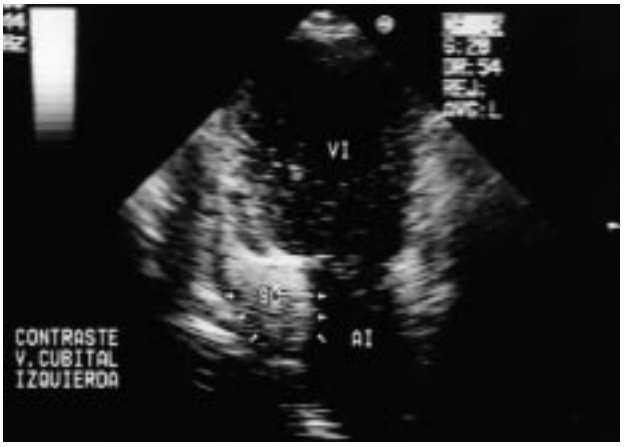

Fig. 2. Ecoconstraste en el interior del seno coronario. AI: aurícula izquierda; SC: seno coronario; VI: ventrículo izquierdo.

Varón de 52 años, consumidor habitual de alcohol y diagnosticado de bronquiectasias quísticas bilaterales, que consultó por episodio de palpitaciones, acompañado de sudación profusa y disnea de 20 min de duración. En la exploración se objetivó una presión arterial de 100/60 mmHg, con una frecuencia cardíaca de 160 lat/min. En la exploración física no se apreciaron otras alteraciones de interés. Se realizó un electrocardiograma que puso de manifiesto una taquicardia regular de QRS estrecho a 160 lat/min, que revirtió a ritmo sinusal tras la administración de adenosina intravenosa. La radiografía de tórax evidenciaba una ligera cardiomegalia, con aumento de la trama broncovascular y bronquiectasias bilaterales. La analítica era anodina. Se realizó un estudio ecocardiográfico transtorácico que puso de manifiesto un ventrículo izquierdo dilatado (64/37 mm), sin que se observaran alteraciones segmentarias de la contractilidad; la función ventricular era buena. Así mismo, se objetivó una severa dilatación del seno coronario (fig. 1).

Ante la sospecha de una anomalía del retorno venoso sistémico se realizó nuevo estudio ecocardiográfico transtorácico con administración de contraste para ultrasonidos (OPTISON) a través de la vena braquial izquierda, observando en un primer momento la aparición de ecorrefringencia en la luz del seno coronario (fig. 2) y posteriormente en las cavidades derechas, circuito pulmonar y por último en las cavidades izquierdas. Dicho hallazgo era compatible con la existencia de una vena cava superior izquierda que drenaba en el seno coronario, lo que fue confirmado mediante la realización de una tomografía computarizada.

Correspondencia: Dr. P.J. Morillas Blasco.
Sección de Cardiología. Hospital Universitario San Juan.
Ctra. Nacional 332 Alicante-Valencia, s/n.
03550 San Juan de Alicante. Alicante.
Correo electrónico: pedromorillas@teleline.es

(*Rev Esp Cardiol* 2000; 53: 1655)