

Imagen en cardiología

Atresia de orificio del seno coronario con vena cava superior izquierda persistente



Atretic Coronary Sinus Orifice With a Persistent Left Superior Vena Cava

Amin Sabet^{a,*}, Afshin Karimi^b y Anthony DeMaria^a

^a Department of Cardiology, Sulpizio Cardiovascular Center, University of California San Diego, La Jolla, California, Estados Unidos

^b Department of Radiology, Sulpizio Cardiovascular Center, University of California San Diego, La Jolla, California, Estados Unidos

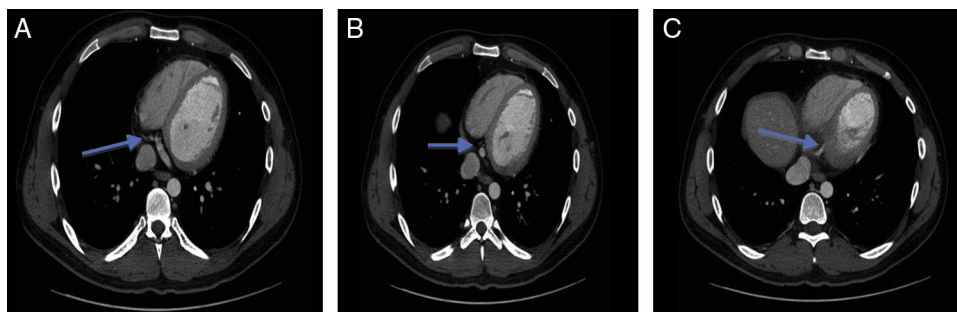


Figura 1.

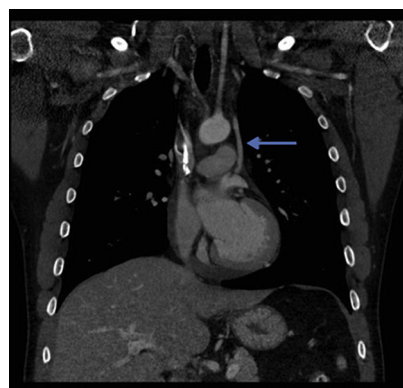


Figura 2.

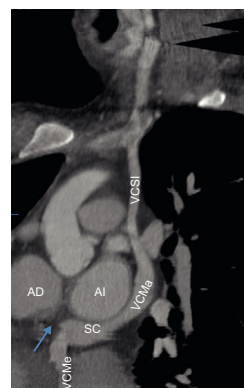


Figura 3.

Un varón de 28 años de edad con antecedentes de linfoma de Hodgkin acudió al hospital por presentar tos productiva. Se realizó una tomografía computarizada de tórax con contraste, para evaluar las patologías pulmonares. En la tomografía hubo un hallazgo incidental de una ausencia de conexión entre el seno coronario (SC) y la aurícula derecha (figuras 1A–C) con una vena cava superior izquierda (VCSI) persistente (figuras 2 y 3; VCMA, vena coronaria mayor; AI, aurícula izquierda; VCMa, vena coronaria mayor; AD, aurícula derecha).

El SC es una estructura clínicamente importante dado que proporciona un acceso para diversas técnicas electrofisiológicas e intervenciones quirúrgicas cardíacas. Puesto que muchas intervenciones, como la implantación de marcapasos ventriculares izquierdos o biventriculares, las técnicas de mapeo, las ablaciones de arritmias, la aplicación dirigida de fármacos y las terapias de células madres, utilizan el SC, es importante identificar las variaciones anatómicas existentes y asegurar que se aplica una planificación apropiada antes de las intervenciones.

En casos muy infrecuentes, la atresia del ostium del SC se asocia a una persistencia de la VCSI sin que exista ninguna conexión con la aurícula izquierda, como ocurre aquí. En tales casos, la VCSI lleva la sangre en sentido retrógrado desde el sistema coronario, a través de una vena puente, a la vena cava superior derecha y drena en última instancia en la aurícula derecha.

Es importante identificar esta anomalía cuando se usa o se liga la VCSI o se planifica la implantación de un marcapasos. Si esta variación anatómica no se detecta, la ligadura puede interrumpir el drenaje del SC, causando una hipertensión venosa, congestión miocárdica e incluso la muerte.

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: Amsabet@ucsd.edu (A. Sabet).

On-line el 6 de diciembre de 2014

Full English text available from: www.revespcardiol.org/en

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.07.034>

0300-8932/© 2014 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.