

Tratamiento percutáneo de un drenaje venoso pulmonar anómalo parcial con drenaje dual



Percutaneous treatment of partial anomalous pulmonary venous connection with dual drainage

Rafael González-Manzanares^{a,*}, Soledad Ojeda^a, Guisela Flores-Vergara^a, Javier Suárez de Lezo^a, Simona Espejo^b y Manuel Pan^a

^a Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Universidad de Córdoba, Córdoba, España

^b Unidad de Radiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Universidad de Córdoba, Córdoba, España

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M22000351>

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M22000352>

PRESENTACIÓN DEL CASO

El drenaje venoso pulmonar anómalo es una patología rara que consiste en que 1 o más venas pulmonares retornan de forma anómala a la aurícula derecha o a la circulación venosa sistémica. El tipo más frecuente en adultos es el drenaje de la vena pulmonar superior izquierda (VPSI) en la vena innominada izquierda. Anecdóticamente, una VPSI anómala puede presentar un drenaje doble tanto a la vena innominada izquierda como a la aurícula izquierda (AI). En ausencia de otros defectos cardíacos congénitos, el drenaje venoso pulmonar anómalo parcial suele ser un hallazgo incidental y los pacientes suelen estar asintomáticos.

En este artículo se presenta el caso de un drenaje venoso pulmonar anómalo parcial con drenaje doble donde la VPSI está conectada tanto a la vena innominada izquierda como a la AI en un paciente con enfermedad coronaria y disfunción sistólica del ventrículo izquierdo.

Se presenta el caso de un varón de 56 años con una historia clínica de diabetes y dislipemia derivado para valoración por cardiología tras un hallazgo incidental en una tomografía computarizada torácica solicitada por neumología como parte de un estudio diagnóstico de disnea. El paciente presentaba disnea de esfuerzo clase funcional III de la NYHA y angina durante la realización de esfuerzos moderados. En la exploración física, la auscultación fue normal, pero presentaba congestión periférica. La citada tomografía computarizada torácica reveló la presencia de una VPSI conectada a la AI y a la vena innominada izquierda a través de una vena vertical (VV), así como una dilatación de la arteria pulmonar, cardiomegalia y derrame pleural derecho (figura 1). En la ecocardiografía transtorácica se observó una disfunción moderada del ventrículo izquierdo (fracción de eyección del 35%) con hipocinesia global, dilatación biauricular, dilatación y disfunción del ventrículo derecho (una excursión sistólica del plano del anillo tricúspide de 14 cm) y presión una sistólica de la arteria pulmonar elevada (63 mmHg) (vídeo 1 del material adicional). El cateterismo cardíaco derecho confirmó la presencia de hipertensión pulmonar (figura 2). La coronariografía, por su parte, reveló la presencia de enfermedad coronaria de 3 vasos grave y difusa.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

R. González-Manzanares y G. Flores-Vergara redactaron el manuscrito y completaron la fase de revisión crítica del mismo. S. Ojeda, J. Suárez de Lezo, S. Espejo y M. Pan revisaron el manuscrito y aprobaron su versión definitiva antes de enviarlo. Todos los autores dieron su aprobación final a la versión que terminaría por publicarse.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rafaelglezm@gmail.com (R. González-Manzanares).

Online el 14 de octubre de 2022.

2604-7306 / © 2022 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.

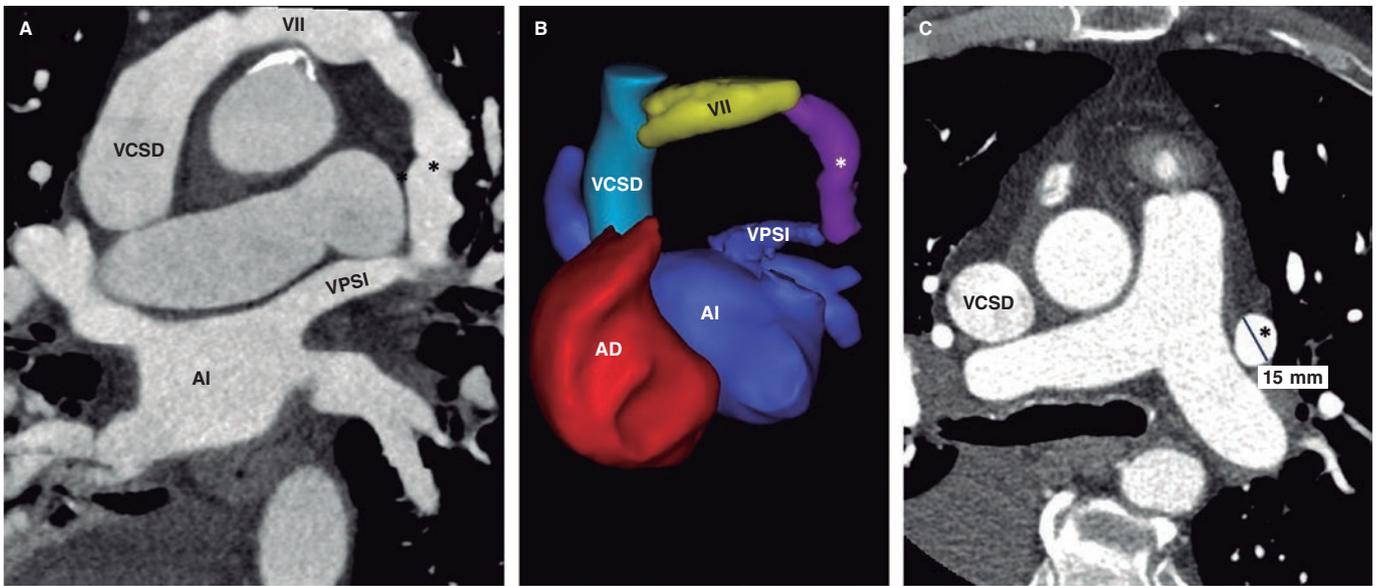


Figura 1. Tomografía computarizada torácica preoperatoria. Las imágenes multiplanares reformateadas (A) y reconstruidas en 3D (B) revelan la presencia de una vena pulmonar superior izquierda (VPSI) con drenaje doble a la vena innominada izquierda, a través de una vena vertical (*), y a la aurícula izquierda (AI). La vena vertical (*) discurre en sentido anterior a la arteria pulmonar izquierda (C). AD: aurícula derecha; VCSD: vena cava superior derecha; VII: vena innominada izquierda.

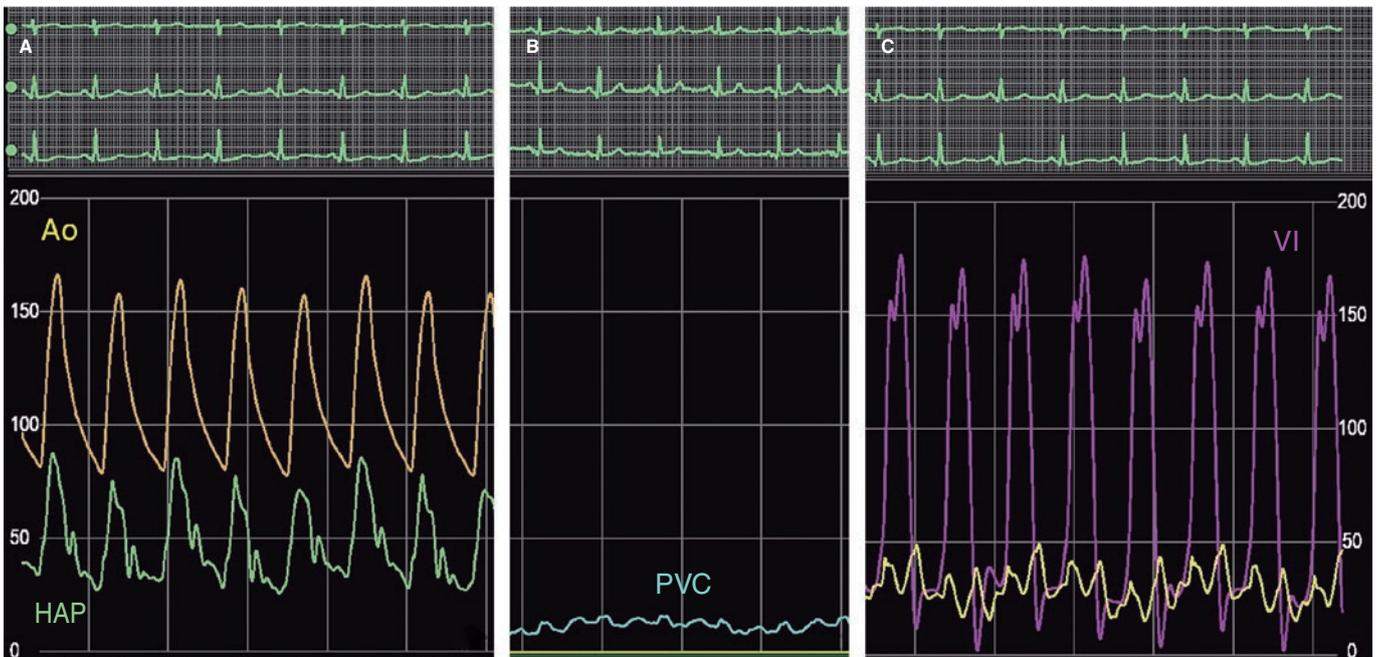


Figura 2. Mediciones hemodinámicas basales confirmando la presencia de hipertensión arterial pulmonar (HAP) (A) y niveles de presión telediastólica del ventrículo izquierdo (VI) y de la aurícula izquierda (C) muy por encima de la presión venosa central (PVC) (B). Ao: aorta.

CONFLICTO DE INTERESES

S. Ojeda es editor asociado de *REC: Interventional Cardiology*. Se ha seguido el procedimiento editorial establecido en la revista para garantizar la gestión imparcial del manuscrito. Los otros autores no declararon conflictos de interés en relación al contenido de este artículo.

MATERIAL ADICIONAL

 Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.24875/RECICE.M22000350>.