

## **-6- DRENAJE VENOSO PARCIAL DE VENA PULMONAR SUPERIOR IZQUIERDA A VENA CAVA SUPERIOR IZQUIERDA PERSISTENTE.**

### **A PROPOSITO DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA.**

**Autores:** Daniela García Molina, Ana Gómez Arenas, Enrique Alonso Mallo; Juan Luis Delgado.  
**Centro de trabajo:** Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Servicio de Neumología.

Paciente Varón de 57 años con antecedentes personales de: Cardiopatía congénita tipo CIA (OS) con cierre quirúrgico en Octubre-1998 HTP residual leve. Episodios recurrentes de flutter auricular y FA tras la cirugía cardiaca. SAHS SEVERO. HTA. Se encontraba en seguimiento por Cardiología tras la cirugía con comprobación de cierre efectivo de la CIA. Posteriormente comienza con empeoramiento clínico progresivo: limitación funcional por fatiga, disnea, y congestión sistémica. Varios ingresos por ICC uno de ellos preciso ingreso en UVI. Según ecocardiogramas seriados deterioro progresivo de función cardiaca derecha.

Tras RM Cardiaca se visualiza un drenaje pulmonar anómalo supracardiaco (vena pulmonar superior izquierda a vena cava superior izquierda persistente). Cateterismo derecho: PVC: 25 mmHg, PAP: 53/30/38 mmHg; PCP: 36 mmHg, GC: 6.23 l/min. Índice cardiaco: 3.1 l/min/m<sup>2</sup>; GTP 2 mmHg. Tras administración de 100 mg de sildenafil: sin respuesta significativa en las presiones pulmonares. Conclusión: HTP **Pasiva**. TC cardiaco donde se observa: CIA tipo ostium secundum cerrada y sin flujo residual. Se observan 4 venas pulmonares, las 2 derechas y la inferior izquierda drenan normalmente en la aurícula izquierda. La vena pulmonar superior izquierda se dirige superiormente y se une a la vena cava superior izquierda persistente, que drena en la vena cava superior derecha a través de la vena innominada dilatada. Datos de sobrecarga de cavidades derechas. Ecocardiograma: dilatación severa de las cavidades derechas, VD globuloso e hipocinetico con FE moderadamente disminuida. Insuficiencia mitral leve-moderada por dilatación anular, AI dilatada severa. Valvula aortica trivalva y normal. IT severa con PAPs en 50-55 mmHg, con un QP/QS 1.5. A pesar de cierre efectivo de la CIA Se plantea resolución quirúrgica de la anomalía, pero debido a la complejidad de la intervención es derivado de su centro habitual a un centro de referencia nacional de cardiopatías congénitas: Hospital de La Paz de Madrid donde valoran y realizan cateterismo cardiaco con estudio hemodinámico basal y tras sobrecarga, y angiografía de VD y dado a los hallazgos clínicos y hemodinámicos basados en el cateterismo derecho, compatibles con Constricción Pericárdica mas hallazgo de IT severa, se deriva nuevamente a H. clínico de Valladolid para completar estudios y plantear tratamiento quirúrgico sobre la valvulopatía y la pericarditis constrctiva. En 2014 realizan resección pericárdica interfrénica + Anuloplastia tricúspide con anillo physio.

**DISCUSION:** El DVAP de VPSI a VCSI persistente es una anomalía congénita. Normalmente, en la fase embrionaria, el plexo venoso pulmonar se conecta a las venas cardinales anterior o posterior por varias vías, algunas de las cuales desaparecen. Cuando éstas persisten, se pueden presentar múltiples variaciones de conexión anómala parcial. Esta anomalía está asociada en más del 80 % con defectos cardiacos. Siendo el más frecuente la CIA. (2).

Generalmente, es más frecuente el drenaje anómalo de las venas pulmonares derechas, apareciendo solo drenaje anómalo de las venas pulmonares izquierdas en un 10%. El tipo más frecuente de drenaje venoso pulmonar anómalo se asocia a comunicación interauricular tipo seno venoso, seguido por la comunicación interauricular tipo (OS) o tipo foramen oval. (1) La conexión anómala de una sola vena pulmonar no es aparente desde el punto de vista clínico. Los síntomas son infrecuentes en la infancia, pero podría existir alguna disnea al ejercicio. La frecuencia de pacientes que se presentan con cianosis se incrementa durante la tercera y cuarta décadas debido a cambios en el lecho pulmonar, HTP e incremento del cortocircuito. También las infecciones respiratorias son frecuentes en éstos pacientes y se dan como consecuencia de las anormalidades asociadas en el parénquima pulmonar. (4) Diagnóstico: ECG: generalmente normal. Puede verse patrón rR' y rSR'. En casos de HTP, pueden verse ondas P picudas e HVD. RX de tórax: en ocasiones pueden verse sombras en el borde derecho o izquierdo de la silueta cardiaca. Ecocardiografía: método diagnóstico principal.. Resonancia magnética: debido al amplio campo visual, la orientación espacial y la naturaleza tridimensional del estudio hacen que la resonancia magnética sea la prueba ideal para la evaluación de las anomalías de las venas pulmonares. (3) Cateterismo cardiaco: especialmente si se sospecha la existencia de HTP o se precisa realizar embolización de colaterales. El tratamiento quirúrgico está indicado en todos los casos con evidencia de sobrecarga de volumen del VD. Si existen signos de fallo cardiaco por el aumento del flujo pulmonar. Si existen alteraciones del parénquima pulmonar asociadas. El abordaje quirúrgico más común en cirugía cardiaca es a través de esternotomía completa y con circulación extracorpórea. Pero existen ciertas patologías que pueden beneficiarse de otro tipo de abordaje (toracotomía) y algunas pueden realizarse sin necesidad de circulación extracorpórea. (1)

Ana Pita Fernández; Juan Miguel Gil; Jaurena Hugo Rodríguez; Abella Ramón Perez; Caballero María; Teresa González; López Angel González Pinto. Reparación de drenaje venoso pulmonar anómalo izquierdo a través de toracotomía izquierda sin circulación extracorpórea Anomalous left pulmonary venous drainage repair with an off-pump left thoracotomy Revista de Cirugía Cardiovascular; Volume 23, Issue 4, July–August 2016, Pages 205-208 (1)

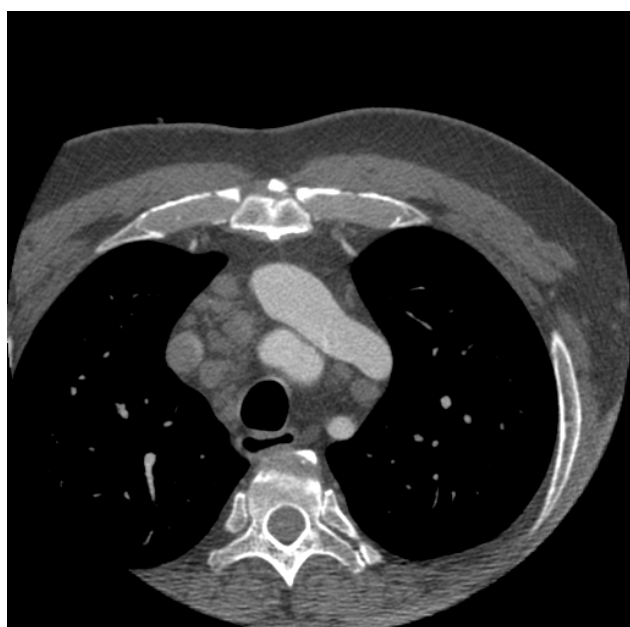
Guatavo Bruchet MD, Fabian Giraldo Vallejo MD; Javier Manrique MD; Freddy Lopez MD; Oscar Fernandez MD; Piedad Sarmiento Md; Revista colombiana de cardiología 2014, 21(1): 68-71 (2)

Lorenzo Galletti<sup>1</sup>, M.V. Ramos Casado, Anomalías de las venas pulmonares, Cirugía Cardiaca. Ospedali Riuniti. Bergamo (Italia), Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos., Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. (3)

Edgar Méndez MSc, José Zamora, Fernando Zeledón, Dr.Eduardo Induni, Tratamiento quirúrgico innovador del drenaje venoso pulmonar anómalo parcial. Experiencia preliminar. Rev. costarric. cardiol vol.6 n.1 San José Jan. 2004 (4)



Ax1 Unión VPSup izda. Con cava izquierda.



AX2 Unión cava izquierda y vena innominada



5AX Cierre CIAS y dilatación cavidades derechas



Cor3 MIP Vena Pulm Sup izda. Confluyendo en VCS izda.