

Vena cava doble

T. Bolívar-Gómez, C. Gallego-Ferreiroa, J. Vidal-Rey



Figura 1. Angio-TAC que evidencia la presencia de dos venas cava inferiores a ambos lados de la aorta.

Caso clínico. Varón de 67 años, fumador y con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) leve, que presentó como hallazgo casual un aneurisma de aorta infrarrenal en una ecografía abdominal. El paciente fue intervenido de una hernia umbilical en tres ocasiones con implante de una malla de polipropileno. En la angiotomografía computarizada (Fig. 1) se

encontró un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de 8 cm de diámetro y la presencia de dos venas cava inferiores a ambos lados de la aorta. Se realizó un abordaje retroperitoneal a través de una lumbotomía izquierda, con resección de la duodécima costilla y rotación visceromedial incluyendo el riñón izquierdo. La vena cava izquierda ascendía por la cara posterolateral de la aorta, cruzaba el cuello aneurismático y se unía a la vena renal izquierda y a la vena cava derecha sobre la cara anterior de la aorta (Fig. 2a). La liberación y movilización de dicha vena facilitaron el control de la aorta infrarrenal y de ambas bifurcaciones ilíacas, para después llevar a cabo

Aceptado tras revisión externa: 25.11.08.

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Xeral-Cies. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo, Pontevedra, España.

Correspondencia: Dra. C. Gallego Ferreiroa. Corvo Mariño, 4, 9.º E. E-36205 Vigo (Pontevedra). E-mail: carolina.gallego@mundo-r.com

© 2008, ANGIOLOGÍA

la resección del aneurisma aórtico y la reconstrucción mediante *bypass* aortobiilíaco (Fig. 2b). El tiempo quirúrgico fue de 4,5 horas y la pérdida sanguínea, de 1.100 mL. No hubo complicaciones en el período postoperatorio derivadas de la anomalía venosa. El tiempo de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos fue de 13 días debido a una neumonía, que precisó soporte ventilatorio; en total, el paciente permaneció hospitalizado durante 22 días. Tras un período de seguimiento clínico, y mediante dúplex de seis meses, el *bypass* está permeable y el paciente ha recuperado su actividad habitual.

Discusión. La duplicidad de la vena cava inferior es una anomalía anatómica que se produce por un fallo en la regresión de la vena supracardinal izquierda durante el primer trimestre del embarazo [1]. La prevalencia es baja: en torno al 0,3% en las series en las que se utilizó la tomografía computarizada, y llega hasta un 3% en las series en que se realizaron autopsias [2]. La vena cava izquierda se origina en la vena ilíaca izquierda y suele unirse a la vena cava derecha a la altura de las venas renales, cruzando la aorta anteriormente, aunque también puede hacerlo por la cara posterior, a otro nivel, o incluso en varios puntos [3]. La presencia de dicha anomalía conlleva un aumento del riesgo de hemorragia en la cirugía del aneurisma de aorta abdominal, pudiendo aparecer hasta en el 40% de los casos si no se reconoce en el estudio preoperatorio [3]. El manejo intraoperatorio está condicionado por el tipo de variación anatómi-

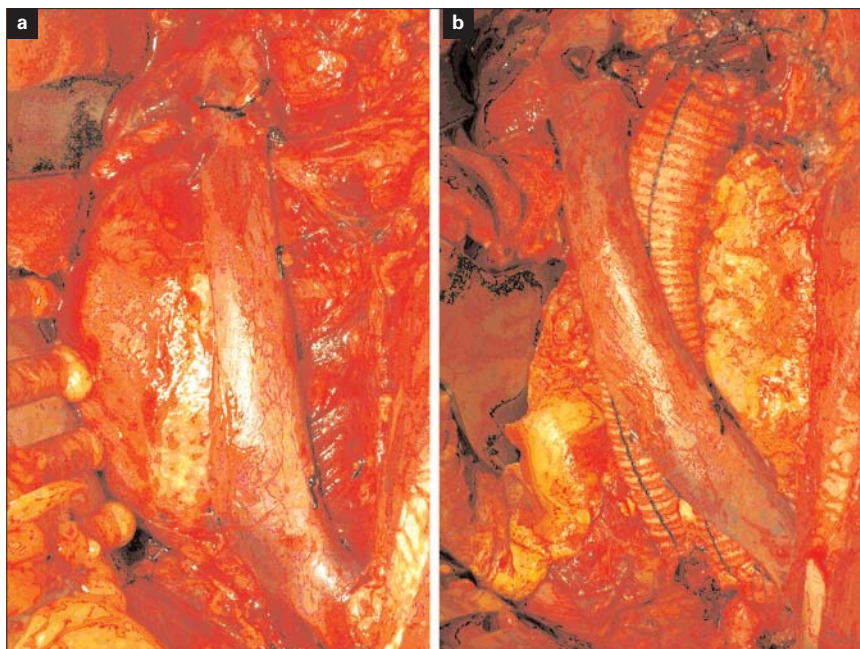


Figura 2. a) Imagen intraoperatoria de la vena cava izquierda; b) Imagen intraoperatoria de *bypass* aortobiilíaco.

ca, y las maniobras empleadas para su control incluyen la movilización de la vena, el pinzamiento aórtico a distintos niveles, e incluso la división de la vena anómala con o sin reconstrucción posterior. Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, el diagnóstico preoperatorio de una vena cava doble, así como el conocimiento de su anatomía exacta, minimizará el riesgo de hemorragia intraoperatoria durante la cirugía del aneurisma de aorta abdominal.

Bibliografía

1. Kakisis J, Parthenis D, Angeli A, Karkaletsis K, Trompis T, Vasdekis S. Duplication of the inferior vena cava and abdominal aortic aneurysm. *Vasc Med* 2004; 9: 139-40.
2. Shindo S, Kubota K, Kojima A, Iyori K, Ishimoto T, Kobayashi M, et al. Anomalies of inferior vena cava and left renal vein: risk in aortic surgery. *Ann Vasc Surg* 2000; 14: 393-6.
3. Truty M, Bower T. Congenital anomalies of the inferior vena cava and the left renal vein: implications during open abdominal aortic aneurysm reconstruction. *Ann Vasc Surg* 2007; 21: 186-97.