

NOTAS CLINICAS

PERSISTENCIA DE LA VENA CAVA SUPERIOR IZQUIERDA

Presentación de dos casos.

P. DE RÁBAGO y M. SOKOLOWSKI.

Laboratorio Cardiorrespiratorio. Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas.

Director: Profesor C. JIMÉNEZ DÍAZ. Madrid.

Las anomalías congénitas de las grandes venas, cavas y pulmonares, son muy frecuentes, aunque difícilmente reconocibles en la clínica. Anteriormente constituían un hallazgo operatorio o de necropsia y actualmente pueden descubrirse gracias al cateterismo cardíaco y a la angiocardiógrafa. Sobre su frecuencia de presentación puede dar una idea el hecho de que en 60 cateterismos practicados en este laboratorio con fines diagnósticos hayamos podido demostrar dos casos de transposición parcial de venas pulmonares y otros dos de persistencia de la vena cava superior izquierda. Hay que añadir aún los casos que pasan inadvertidos a pesar del cateterismo cardíaco, como otro nues-

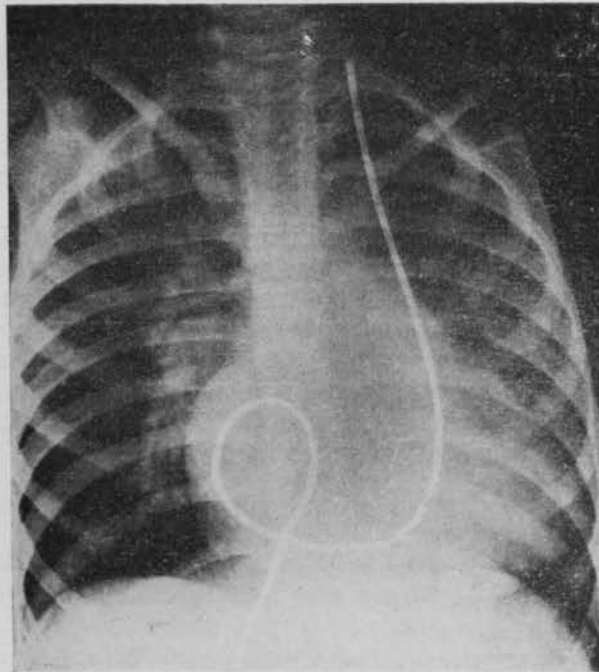


Fig. 1.—La sonda ha sido introducida a través de la vena safena derecha, describe un bucle en aurícula derecha, da impresión de seguir el curso del seno coronario, sale de la silueta cardíaca introducida en la vena cava superior izquierda y se dirige al cuello por la vena yugular de ese lado. El curso de la sonda, las presiones registradas (3/2 mm. Hg. sist./diast.) y la saturación sanguínea a ese nivel (53 por 100) permiten la identificación indudable de la cavidad sondada.

tro de anomalías venosas pulmonares descubierto durante la intervención quirúrgica.

En una publicación anterior nos hemos ocupado de las anomalías en la desembocadura de las venas pulmonares², y es nuestro propósito presentar aquí los dos casos de persistencia de la vena cava superior izquierda a que hemos hecho referencia antes.

Caso núm. 1. R. L. A., niño de seis años con historia y datos de exploración sugestivos de cardiopatía congénita acianótica, para cuyo esclarecimiento se le somete a cateterismo cardíaco. Durante el mismo se descubrió la existencia de una vena cava superior izquierda (fig. 1), hipertensión pulmonar (50/31; media, 36 mm. Hg.), presión normal en capilar pulmonar (19/10; media, 12 mm. Hg.) y aumento de la diferencia arteriovenosa pulmonar de oxígeno (7,3 vol. por 100) sugestiva de disminución del flujo pulmonar. No se demostró la existencia de cortocircuitos ni otras anomalías que las descritas, llegándose al diagnóstico final de hipertensión pulmonar primaria. La anomalía venosa no tiene repercusión hemodinámica.

Caso núm. 2. A. J. V., enferma de cuarenta y ocho años con diagnóstico clínico de estenosis mitral con fuerte hipertensión pulmonar. El cateterismo cardíaco demostró unas presiones en arteria pulmonar de 130/50-83 mm. Hg. (sistólica/diastólica-media), aumento de la diferencia arteriovenosa de oxígeno (7 vol. por 100) y desaturación arterial periférica (86 por 100) sin cortocircuito veno-arterial, como se demuestra por la negatividad de la prueba de éter. No fué posible obtener la presión "capilar pulmonar", careciéndose por tanto de información acerca del estado de la válvula mitral. Como en el caso anterior, se sondó una vena cava superior izquierda, desembocando en aurícula derecha a través del seno coronario (fig. 2) y, por consiguiente, sin repercusión hemodinámica. En la figura 3 se muestra la distinta posición de la sonda con la punta en la rama izquierda de arteria pulmonar. No pudo demostrarse ninguna otra anomalía.

DISCUSIÓN.

La persistencia de la vena cava superior izquierda desaguardo en aurícula derecha no tiene por sí misma repercusión hemodinámica. Su existencia era conocida por hallazgos de necropsia o quirúrgicos¹ antes de la utilización del cateterismo cardíaco y angiocardiógrafa. STEINBERG y cols.³ revisan la literatura y presentan 11 casos diagnosticados gracias a estos dos métodos de exploración. Según dichos autores, en la revisión de la literatura hecha por SANDERS en 1946 se recogían 215 casos, calculándose su incidencia en uno de cada 348 cadáveres. Posteriormente son muy numerosos los casos publicados.

Embriológicamente representa la persistencia de la vena cardinal anterior izquierda, que

junto con la posterior del mismo lado, va a formar el conducto de Cuvier izquierdo, que se vacía en la mitad izquierda del seno venoso, que por último se convierte en el seno coronario. Esto explica el que la cava superior izquierda termine en el seno coronario. Puede coexistir con la vena cava superior derecha, constituyendo casos de vena cava superior bilateral, que pueden estar comunicadas por un tramo venoso o completamente aisladas una de otra. También es posible, aunque más raro, que falte la vena cava superior derecha y sea la izquierda la que recoja toda la circulación venosa cefálica.

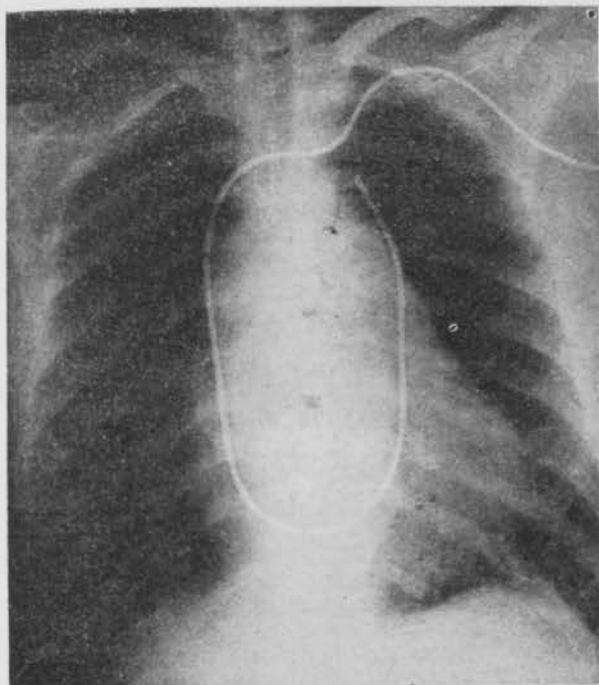


Fig. 2.—La sonda se ha introducido por el sistema venoso basilico izquierdo y describe un acodamiento anómalo antes de entrar en vena cava superior y aurícula derecha. Desde esta cavidad parece seguir el curso del seno coronario y sale de la silueta en una posición que podía corresponder a arteria pulmonar, apuntando hacia el cuello. Las presiones (21/11 mm. Hg.) idénticas a las de aurícula derecha y otras dos venas cavas (compárense con las de arteria pulmonar señaladas en el texto) y la saturación sanguínea (48 por 100) permiten identificar la situación de la punta de la sonda en vena cava superior izquierda. (Nótese en la figura 3, correspondiente al mismo caso, y con la punta de la sonda en la rama izquierda de arteria pulmonar, cómo el curso de la sonda es algo distinto y las presiones corresponden a las de otros segmentos de arteria pulmonar.) El acodamiento anómalo descrito por la sonda antes de alcanzar la vena cava superior derecha se debe probablemente a que se introdujo primero en la vena cava superior izquierda y siguió un breve trayecto hacia abajo por ella para pasar luego a la del otro lado a través de una anastomosis que une las dos.

Persistencia de la vena cava superior izquierda puede existir como malformación única, en cuyo caso constituye una mera curiosidad anatómica, pero frecuentemente se asocia a otras anomalías cardiovasculares, generalmente complejas y cianógenas³ y⁴. Los casos de transposición total de venas pulmonares suelen constituirse a través de la desembocadura de dichas venas en la cava superior izquierda persistente.

La importancia clínica de la anomalía que nos ocupa se limita a la posibilidad ocasional de que semeje un ensanchamiento de la aorta en las

exploraciones radiológicas y a provocar la sospecha de otros defectos asociados.

Los dos casos que presentamos pertenecen al grupo de vena cava superior bilateral. En el primero, no sabemos si con comunicación entre las dos. Desde luego, aunque no se vea en la figura, fué posible avanzar la sonda por la vena cava superior derecha. En el segundo, la sonda llegó a aurícula derecha a través de la cava superior derecha, previo paso por la anastomosis entre las dos que ocasiona el acodamiento peculiar de la sonda visible en la figura, 2, y a través del seno coronario se introdujo en la cava superior

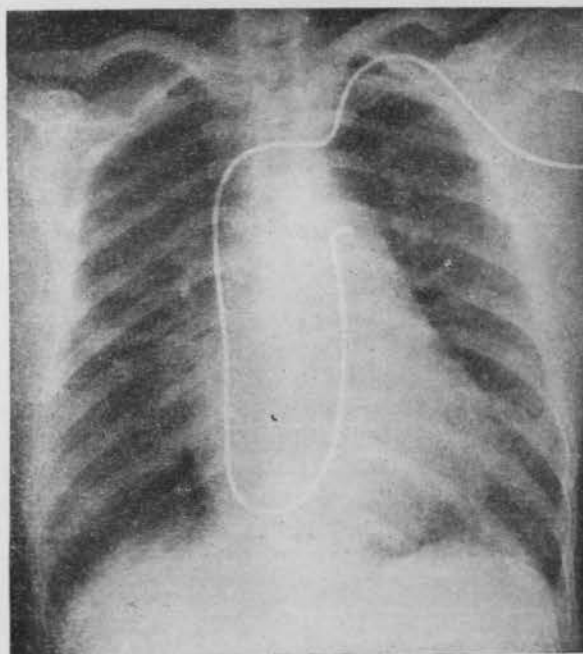


Fig. 3.—Perteneciente al mismo caso de la figura anterior. El trayecto de la sonda se ve que es distinto, habiendo pasado desde aurícula derecha a ventrículo derecho y de aquí a tronco y rama izquierda de arteria pulmonar, donde se encuentra la punta. Las presiones en este punto son 134/46 mm. Hg. y la saturación semejante a la del resto de las cavidades derechas.

izquierda. No pudimos demostrar ninguna otra malformación congénita en ambos casos. Los dos tenían hipertensión pulmonar; el primero creemos que primaria y el segundo probablemente secundaria a una estenosis mitral, aunque no fué posible objetivarla.

RESUMEN.

Se presentan dos casos de vena cava superior bilateral descubierta durante el cateterismo cardíaco. Ambos casos se acompañaban de hipertensión pulmonar.

BIBLIOGRAFIA

1. LAM, C. R.—*Jour. Thor. Surg.*, 14, 393-395, 1945.
2. SOKOLOWSKI, M. y RABAGO, P.—*Rev. Clin. Esp.*, 66, 15, 1957.
3. STEINBERG, I., DUBILIER, W. y LUKAS, D. S.—*Diseases of the Chest*, 24, 479, 1953.
4. STEINBERG, I., HARRISON, C. S. y O'SULLIVAN, W. D.—*Jour. Thor. Surg.*, 27, 575-580, 1954.