



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 482/1096 - VARIANTE ANATÓMICA DE LAS VENAS PULMONARES

C. Vallejo Basurte<sup>1</sup> y M. Vega Romero<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rute. Rute. Córdoba. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rute. Rute. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 72 años. Antecedentes personales: FRCV: hipertensión arterial. FA paroxística. IAM en 2015 con colocación de *stent*. EPOC tipo enfisema sin OCD. Tratamiento: omeprazol, atorvastatina/AAS/ramipril, furosemida, potasio, atrovent y Relvar Ellipta. Motivo de consulta: consulta por disnea de esfuerzo progresiva desde hace meses con empeoramiento en los últimos días, sin ortopnea ni recorte de diuresis. Además, ha presentado dolor torácico izquierdo a punta de dedo, de manera intermitente desde hace meses, ausente en las últimas dos semanas. Se deriva a Urgencias donde se decide ingreso hospitalario.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración: rítmico, sin soplos con hipoventilación derecha. Extremidades con edemas bilaterales con fóvea. SatO2 92% y taquicardia a 105 spm. Pruebas complementarias: Rx tórax: cardiomegalia con aumento de la trama en ambos hemitórax, sin condensaciones ni derrames. EKG: 1º: FA con EV monomorfa; 2º: ritmo sinusal con BRDHH y BAV de primer grado. Analítica: Anodina excepto anemia leve y TnI 166,2 ng/ml. Gasometría arterial: pH 7,48; pCO2 30 mmHg; pO2 76 mmHg. Ecocardiograma: cámaras izquierdas normales. A destacar cavidades derechas dilatadas con signos de sobrecarga y función sistólica deprimida. Presión pulmonar estimada elevada (30 mmHg). Ante los hallazgos encontrados de disnea, taquicardia, hipoxemia con hipocapnia y signos de sobrecarga derecha, se sospecha un TEP, por lo que se solicita un angioTC pulmonar, donde se descarta. Sin embargo, describen una alteración vascular que había pasado desapercibida en estudios anteriores: un drenaje anómalo de venas pulmonares a vena innominada, que podría ser causante de la sobrecarga derecha y clínica actual.

**Orientación diagnóstica:** Drenaje venoso anómalo parcial de venas pulmonares (DVPAP).

**Diagnóstico diferencial:** Angina estable acompañado de insuficiencia cardíaca vs. Tromboembolismo pulmonar.

**Comentario final:** A la espera de cirugía, la clave del manejo de este paciente reside en la Atención Primaria, que deberá controlar los factores de riesgo cardiovascular, promover hábitos de vida saludable y la adherencia terapéutica, junto con la detección precoz de situaciones que puedan descompensar la insuficiencia cardíaca, como toma de AINES o infecciones.

### Bibliografía

1. Fulton R, Soriano B. Partial anomalous pulmonary venous connection [Internet]. Uptodate, 2019. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/partial-anomalous-pulmonary-venous-connection>

**Palabras clave:** Insuficiencia cardíaca. Disnea.