

## Vena cava superior izquierda persistente. Hallazgo incidental en tomografía computada helicoidal

Ezequiel Batista-Villarreal,\* José Luis Criales\*

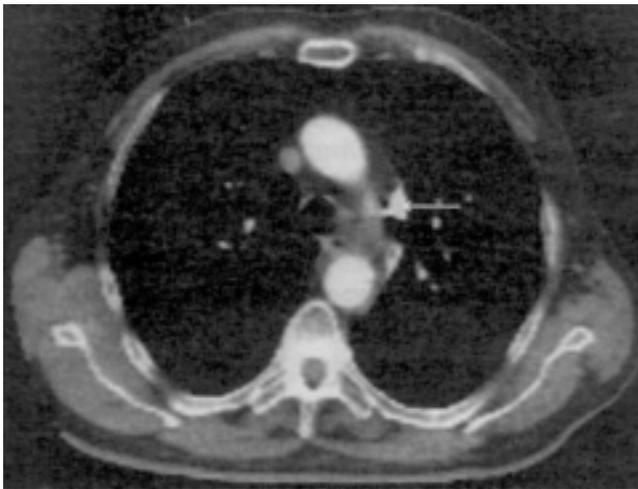
Recepción 26 de octubre del 2000; aceptación 01 de noviembre del 2000

### Resumen de Historia Clínica

Paciente de sexo masculino, de 70 años de edad, con antecedentes de tabaquismo importante y fibrilación auricular tratada con digitálicos y anticoagulantes orales. Inició su padecimiento actual hace 5 años con disnea de grandes esfuerzos y tos productiva. En estudios previos de gabinete se le encontró hipertrofia ventricular izquierda e hipertensión pulmonar. Se le realizó una tomografía computada helicoidal de tórax con protocolo para la evaluación de trombos en las arterias pulmonares y para descartar microembolias como causa de su hipertensión pulmonar.

### Diagnóstico por Imagen

En los cortes axiales de tomografía computada helicoidal se observa persistencia de la vena cava superior en el lado izquierdo y ausencia del tronco venoso braquiocefálico. El paciente tiene dos venas cavas superiores; la anómala del lado izquierdo transcurre en sentido caudal adyacente al hilio izquierdo (Figuras 1 y 2) y desemboca en el seno coronario (Figura 3). En la reconstrucción de tomografía computada helicoidal con la técnica de máxima intensidad de proyecciones (MIP) (Figura 4) se observa el trayecto de la vena anómala.



Figuras 1 y 2. Cortes axiales de tomografía computada helicoidal en donde se observa persistencia de la vena cava superior del lado izquierdo y su trayecto adyacente al hilio izquierdo (flechas rectas).

\* Curso universitario de radiología. Clínica Londres / UNAM.



Figura 3. Corte axial de tomografía computada helicoidal que muestra la vena cava superior izquierda drenando en el seno coronario (flecha recta).

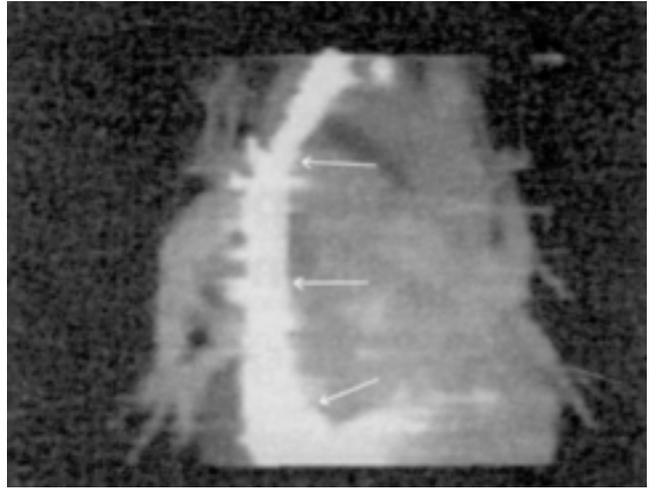


Figura 4. Reconstrucción de tomografía computada helicoidal con la técnica de máxima intensidad de proyecciones (MIP) que muestra el vaso anómalo (flechas).

De las anomalías congénitas de la vena cava superior, la vena cava superior izquierda persistente (VCSIP) es la más común. Aparece en el 0.1 al 0.5% de la población general y del 4 al 12.9% asociada a cardiopatías congénitas.<sup>1</sup>

Esta anomalía vascular ocurre por una falla en la obliteración de la vena cardinal común izquierda durante el desarrollo fetal. La VCSIP coexiste con una vena cava superior derecha hasta en el 90% de los casos y generalmente drena en la aurícula derecha a través del seno coronario.<sup>2,3</sup>

En la mayoría de los pacientes la VCSIP no produce síntomas clínicos ni repercusión hemodinámica.<sup>4</sup>

El diagnóstico de una VCSIP puede ser hecho por medio de tomografía computada, resonancia magnética, angiografía y ecocardiografía. La tomografía computada helicoidal con sus reconstrucciones multiplanares, permite crear imágenes semejantes a las de una venografía, las cuales, au-

mentan la sensibilidad y especificidad de éste método en la detección de las anomalías congénitas cardiovasculares.<sup>5</sup>

## Referencias

1. **Bipin D, Sarodia MD, James K.** Persistent left superior vena cava: case report and literature review. *Respir care* 2000;45(4):411-416.
2. **Winter FS.** Persistent left superior vena cava: survey of world literature and report of thirty additional cases. *Angiology* 1954;5:90-132.
3. **Nsah EN, Moore GW, Hutchins GM.** Pathogenesis of persistent left superior vena cava with a coronary sinus connection. *Pediatr pathol* 1991 Mar-Apr;11(2):261-9.
4. **Swietzer BJ, et al.** Diagnosis of a left-sided superior vena cava during placement of a pulmonary artery catheter. *Journal of clinical anesthesia* 1993;5:500-504.
5. **Andrew Hordes, Rick Anderson, Nidal Yunis.** Transvenous implantation of dual chamber pacemaker in a patient with single persistent left superior vena cava. *Cardiology* 1997;2(10).