
Vena cava superior izquierda persistente

Mujer de 79 años de edad, fue internada en la Unidad Coronaria por síncope secundario a taquicardia ventricular. Luego de la cardioversión eléctrica, bradicardia por ritmo nodal a 30 latidos por minuto e inestabilidad hemodinámica, por lo que se insertó un catéter de marcapasos transitorio a través de un introductor colocado en la vena yugular interna derecha. La radiografía de control mostró el recorrido del catéter a través de la vena cava superior y la aurícula derecha hasta el ventrículo derecho (Fig. 1, flechas). Al tercer día de internación, presentó fiebre y leucocitosis, sin foco infeccioso evidente. Se interpretó como sepsis por probable foco endovascular y se trató con antibióticos. El catéter fue removido y se colocó un nuevo catéter a través de un introductor inserto en la vena yugular interna izquierda, obteniéndose estimulación en la punta del ventrículo derecho con umbrales satisfactorios. Una radiografía de control posterior a este procedimiento evidenció el descenso del catéter por el borde izquierdo del mediastino y su ingreso a la aurícula derecha a través del seno coronario, finalizando su recorrido en el ventrículo derecho (Fig. 2, flechas). Una tomografía computada de tórax realizada cinco años antes, informaba la existencia de un doble sistema cava, con la vena cava izquierda desembocando en el seno coronario. La prevalencia de una vena cava izquierda persistente es de 0.3% en la población general, drenando en el 90% de los casos en el seno coronario. Generalmente asintomática, su presencia se manifiesta de manera incidental al realizarse una tomografía o un ecocardiograma, o como en este caso, durante la implantación de catéteres endocavitarios.

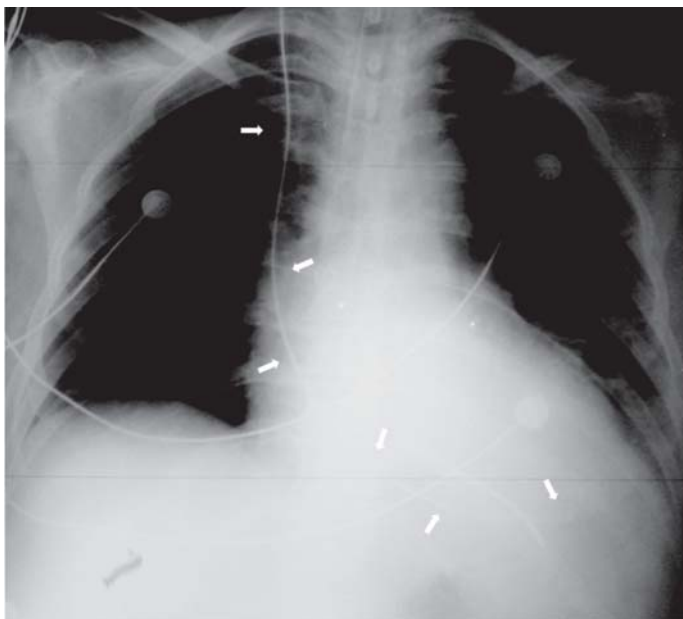


Fig. 1

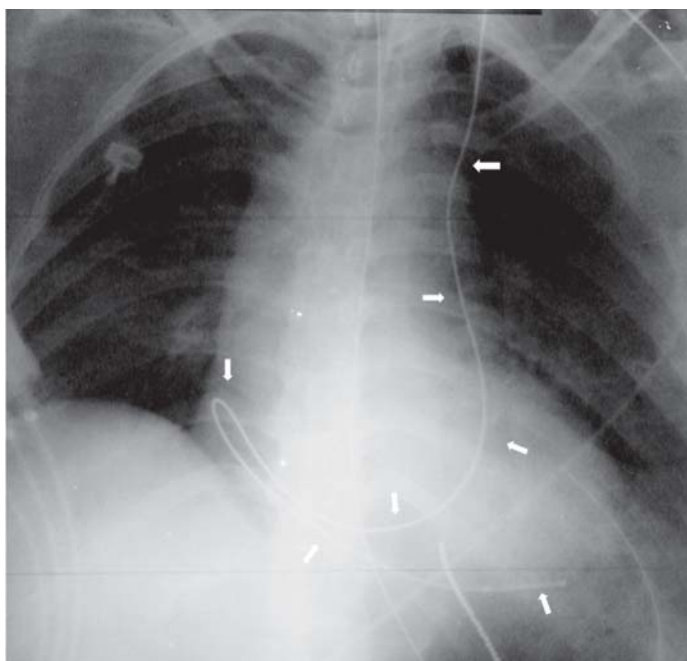


Fig. 2

Eduardo A. Sampó, Sandra Swieszkowski, Guillermo F. López Soutric
División Unidad Coronaria, Hospital de Clínicas José de San Martín,
Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires
e-mail: esampo@hospitaldeclinicas.uba.ar