

MOMENTO ANATÓMICO

VARIANTE NORMAL DEL DRENAJE DE LA VENA CAVA SUPERIOR

Dres. Maximiliano Matteoda, Alejandro Tempra

INTRODUCCIÓN

La vena cava superior izquierda (VCSI) es un hallazgo incidental en la mayoría de los casos y representa la persistencia de la vena cardinal anterior izquierda embriológica¹.

Presentamos una paciente en la que se halló esta variante durante la colocación de una vía venosa central.

CASO

Una paciente de 65 años de edad, consulta a emergencia por presentar cefalea gravativa.

Ante este cuadro clínico se le realizó una tomografía axial computada de cráneo donde se visualizó hemorragia subaracnoidea perimesencefálica con hematoma intracerebral frontal parasagital izquierdo tipo Fischer IV.

Sospechando la presencia de aneurisma cerebral se indicó como siguiente método de diagnóstico una arteriografía, quedando además, internada en unidad

de cuidados intensivos. Allí se le colocó catéter venoso central subclavio izquierdo y radiografía de tórax de control (fig. 1).

Durante la lectura de la radiografía de tórax se evidenció la disposición anómala del trayecto realizado por el catéter subclavio izquierdo, por lo que se plenificó con contraste yodado a través del mismo.

El contraste inyectado opacificó una estructura tubular parasagital al cayado aórtico que se continuaba hasta el seno coronario con opacificación final de la aurícula derecha, correspondiendo a persistencia de vena cava superior izquierda (figuras 2, 3 y 4).

DISCUSIÓN

Anatómicamente la vena cava superior (VCS) está formada por la confluencia de las venas braquiocefálicas derecha e izquierda a nivel del mediastino superior derecho a la altura del primer cartilago costal¹.

La VCS superior se extiende hacia caudal y

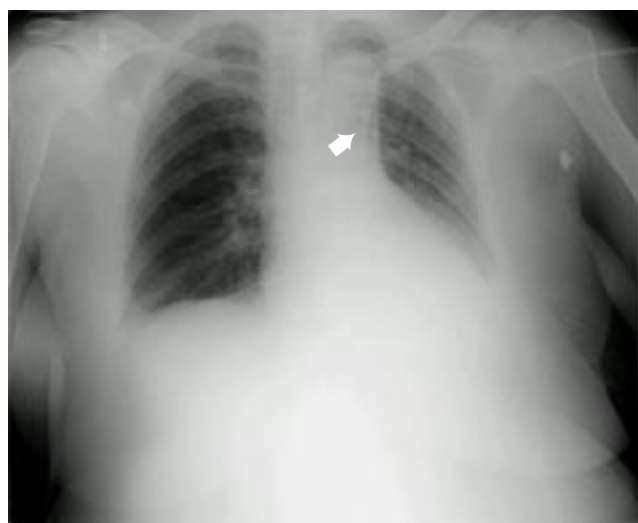


Figura 1: Radiografía anteroposterior de tórax visualizándose catéter subclavio izquierdo (flecha) con extremo distal proyectado en región mediastinal superior homolateral.

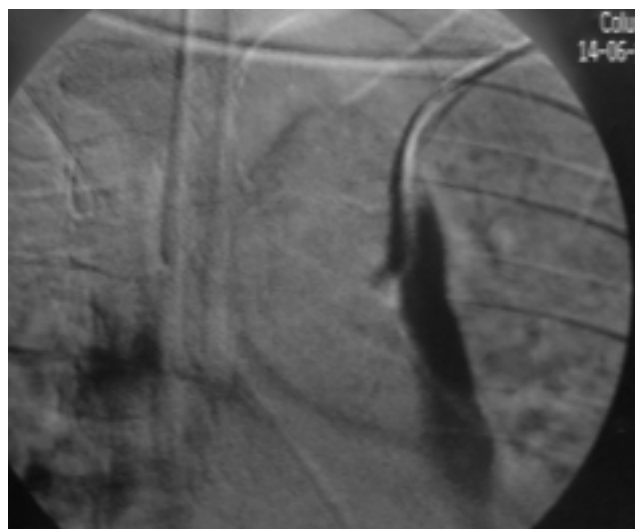


Figura 2: Radiografía con sustracción digital con contraste yodado donde se observa opacificación del tercio proximal de la vena cava superior izquierda.



Figura 3. Radiografía con sustracción digital identificándose la vena cava superior izquierda ingresando al seno coronario (flecha).



Figura 4. Radiografía con sustracción digital magnificada del seno coronario.

anteromedialmente durante un trayecto de 5-7cm de longitud antes de ingresar a la aurícula derecha¹. Embriológicamente la vena cardinal anterior derecha y la vena cardinal común forman la vena cava superior y la vena cardinal anterior izquierda involucionan¹⁻⁴.

Una doble VCS es el resultado de la persistencia de la vena cardinal izquierda, inclusive, puede suceder que involucione la vena cardinal derecha quedando únicamente la vena cava superior contralateral¹.

Una persistencia de la VCSI es un hallazgo incidental en menos del 0,5% de la población general, pero ocurre en 4% de pacientes con enfermedad cardíaca congénita¹⁻⁴.

En la mayoría de los casos la VCSI es un componente de una VCS duplicada¹, desciende lateral al arco aórtico anterior entrando al pericardio en la región atrioventricular posterior y drena dentro del seno coronario, el cual se encuentra agrandado^{1,2}.

La radiografía posteroanterior de tórax puede detectar una VCS izquierda evidenciando un ensancha-

miento mediastinal superior homolateral, o en los casos en el que falte la VCS derecha, la aorta ascendente se visualiza prominente simulando una anomalía¹.

En resumen, la VCSI es un remanente embriológico de la vena cardinal anterior izquierda. Es un hallazgo incidental generalmente detectado durante la colocación de catéteres centrales donde radica la importancia de reconocer esta variante anatómica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Demos TC, Posniak HV, Pierce KL, et al. Venous anomalies of the Thórax. *AJR* 2004; 182:1139-50.
2. Goo WH, Park S, Ko KI, et al. CT of congenital heart disease: normal anatomy and typical pathologic conditions. *Radiographics* 2003; 23: 147-65.
3. Cole TJ, Henry DA, Jolles H. Normal and abnormal vascular structures that simulate neoplasms on chest radiographs: clues to the diagnosis. *Radiographics* 1995; 15: 867-91.
4. White CS, Baffa JM, Haney PJ, et al. MR imaging of congenital anomalies of the thoracic veins. *Radiographics* 1997; 17: 595-608.

