

10 COMUNICACIÓN INTERAURICULAR TIPO SENO VENOSO SUPERIOR CON RETORNO ANÓMALO DE VENA PULMONAR SUPERIOR DERECHA

Maximiliano Hernández, Martín Antelo, Juan José Paganini, Martín Chappe
Hospital de Clínicas.

Historia clínica: paciente de sexo femenino, 22 años, sin antecedentes personales a destacar. Cuadro de disnea de esfuerzo CF II de 6 años de evolución acompañado de palpitaciones esporádicas. Niega otros elementos patológicos de la esfera cardiovascular. EF: lúcida, eupneica, hemodinámicamente estable, bien hidratada y perfundida. Cardiovascular: ritmo regular de 75 cpm, R1 normal, desdoblamiento fijo R2, soplo sistólico eyectivo a nivel precordial con máxima auscultación en región paraesternal izquierda. No IY ni RHY, no edema de miembros inferiores. Pleuropulmonar: MAV presente, bilateral y simétrico en ambos hemitorax, sin estertores.

Pruebas complementarias: ECG RS de 80 cpm que alterna con un ritmo auricular bajo, QRS fino, EEM desviado a derecha (+120 grados) BIRD (figura 1). Radiografía de tórax: silueta cardioaortopericárdica aumentada, a expensas de aurícula y ventrículo derecho, con arco pulmonar prominente. ETE: VI de dimensiones normales, con función sistólica conservada, aurícula derecha levemente dilatada, ventrículo derecho severamente dilatado (diámetro 43 mm) con función sistólica conservada, CIA tipo seno venoso superior de 18 mm de diámetro mayor con pasaje de flujo de izquierda a derecha que asocia retorno anómalo de vena pulmonar superior derecha a la vena cava superior, 10 mm por encima de su desembocadura en la aurícula derecha, Qp/Qs de 2,8. PSAP 48 mmHg. Cateterismo cardíaco derecho: CIA tipo seno venoso superior, con RVP y RVS normales con Qp/Qs de 3,13. Angiotomografía de tórax: retorno anómalo de VPSD que desemboca en VCS a unos 20 mm por encima de la AD (figura 3).

Diagnóstico: CIA que asocia retorno venoso pulmonar anómalo. Se realizó el procedimiento quirúrgico por técnica de Warden. Buena evolución posoperatoria, otorgándose alta al sexto día. ETT que no evidencia *shunt* residual a través del septum interauricular.

Discusión: frecuentemente el retorno anómalo desemboca a nivel de la AD o en la unión entre la VCS y esta última. En dicho caso generalmente se procede al cierre del defecto septal mediante la sutura de un parche de pericardio bovino logrando el redireccionamiento del flujo de la vena pulmonar a la AI y eliminando el *shunt* izquierda-derecha. A medida que la desembocadura es más cefálica la utilización de este procedi-

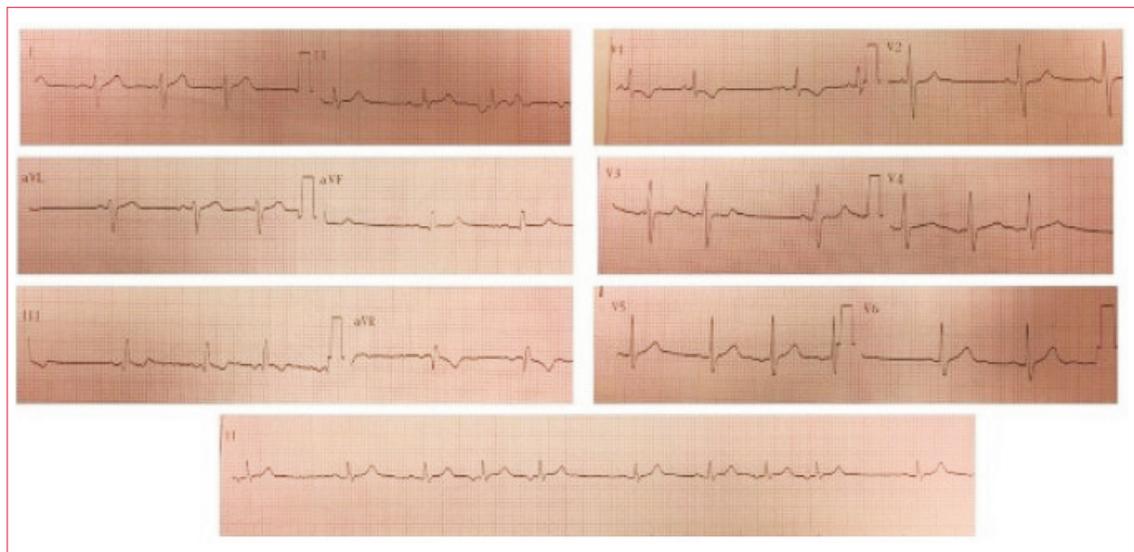


Figura 1



Figura 2

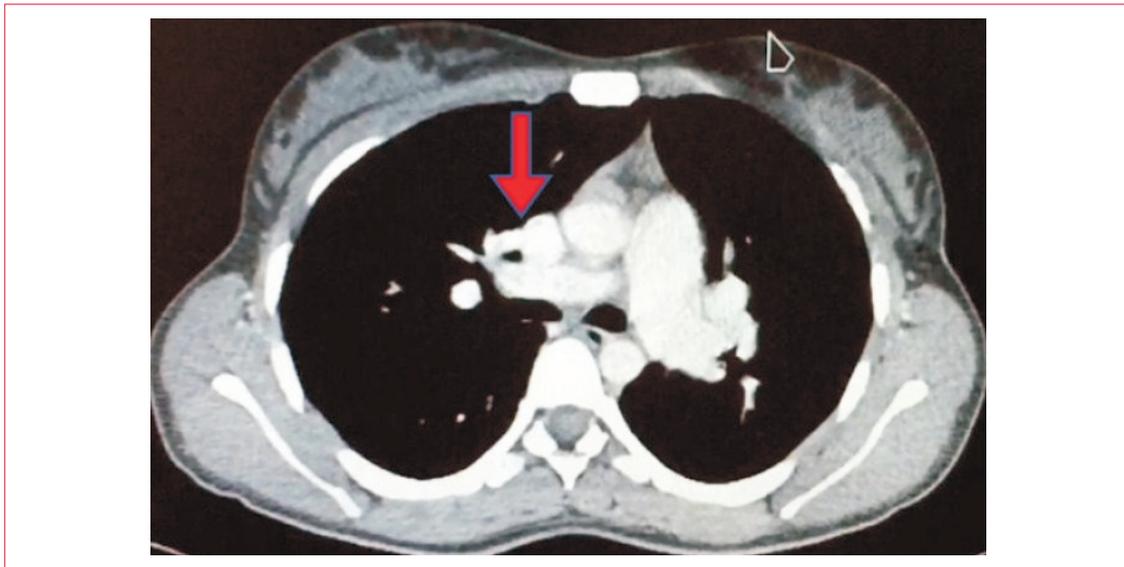


Figura 3

miento podría generar complicaciones como estenosis residual de la VCS y estenosis del retorno pulmonar corregido hacia la AI, con consecuencias deletéreas tanto clínicas como en el pronóstico. Existen dos alternativas con buenos resultados: la técnica del “doble parche” y la técnica de Warden. La primera consiste en realizar el cierre del defecto interauricular con ampliación de la VCS en su desembocadura en la AD. La técnica de Warden, llevada a cabo en nuestra paciente, consiste en transectar la VCS por encima de la vena pulmonar anómala y anastomosarla a la orejuela derecha, seguido del cierre del defecto interatrial mediante un parche de pericardio. En resumen, los pacientes con CIA y retorno venoso anómalo pulmonar deben ser valorados mediante técnicas de imagen específicas a fin de llevar a cabo la técnica quirúrgica más adecuada evitando de esta forma complicaciones que condicionen la morbilidad y posterior calidad de vida de los mismos. La técnica de Warden presenta baja incidencia de complicaciones y buenos resultados.