

Imagen en cardiología

Tratamiento percutáneo en complicación quirúrgica de comunicación interauricular tipo seno venoso



Percutaneous treatment of a surgical complication of sinus venosus atrial septal defect

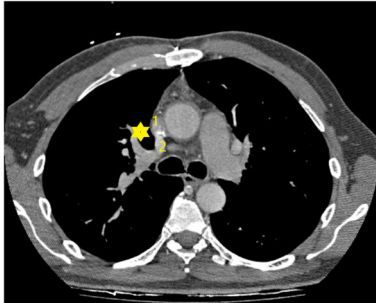
Javier Jimeno Sánchez^{a,*}, Marta López Ramón^a y Ángel Sánchez-Recalde^b^a Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España^b Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

Figura 1.

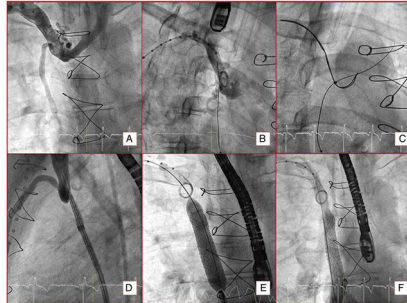


Figura 2.

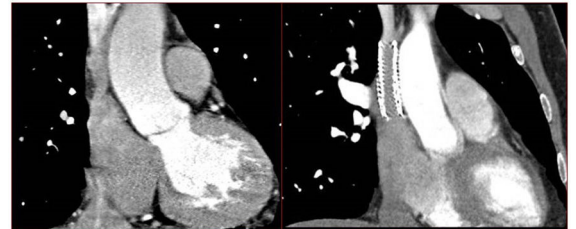


Figura 3.

A un varón de 49 años con antecedente de comunicación interauricular tipo seno venoso con drenaje venoso pulmonar anómalo parcial: vena pulmonar superior derecha (VPSD) y vena pulmonar del lóbulo medio drenando en vena cava superior (VCS), se le realizó corrección quirúrgica con parche de pericardio bovino redirigiendo la VPSD y la vena pulmonar del lóbulo medio a la aurícula izquierda, con ampliación de la VCS.

Dos años después, ingresó por accidente isquémico transitorio y se le realizó ecocardiograma, con paso masivo de burbujas a cavidades izquierdas (sin burbujas previamente en derechas). Mediante tomografía cardíaca, se observó estenosis en la VCS y solución de continuidad de 4 mm (figura 1) entre la VCS (1) y la VPSD (2); se diagnosticó dehiscencia del parche de sutura (asterisco). Tras la valoración en una sesión médico-quirúrgica, se llevó a cabo una intervención percutánea (figura 2): oclusión completa de toda la VCS desde la aurícula derecha hasta la desembocadura de las venas braquiocefálicas (A); cruce con guías de oclusión crónica por acceso venoso femoral derecho (B); captura de la guía con lazo para exteriorizarla por vena antecubital (C); avance de la vaina de liberación cruzando la oclusión (D); implante de *stent* Begraft 14/59 mm (Bentley; Alemania) (E), y resultado angiográfico final (F).

Hasta la fecha el paciente permanece asintomático. La figura 3 muestra mediante tomografía la estenosis en la VCS desembocando a la aurícula derecha (izquierda), tratada mediante implante de *stent* (derecha).

En conclusión, el ictus en un paciente con comunicación interauricular reparada obliga a descartar *shunt* residual. El tratamiento percutáneo puede ser una alternativa válida que, como en nuestro caso, es igualmente efectiva para la obstrucción de la VCS y para el *shunt* residual mediante *stent* recubierto.

CONFLICTO DE INTERESES

Á. Sánchez-Recalde es editor asociado de *Revista Española de Cardiología*; se ha seguido el procedimiento editorial establecido en la Revista para garantizar la gestión imparcial del manuscrito.

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: javierjimeno1@gmail.com (J. Jimeno Sánchez).