



INTERRUPCIÓN AISLADA DE VENA CAVA INFERIOR Y CONTINUACIÓN CON VENA ÁCIGOS, DIAGNÓSTICO PRENATAL.

Dra. Damaris Celina Padilla Ortiz¹, Dr. Aldo Francisco Rodríguez Ruiz²; Dr. Flavio Hernández Castro²; Dr. Abel Guzmán López², Dr. Theo Yasser Contreras Alvarado³.

¹Residente de Medicina Materno Fetal de 2° año, ²Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, subespecialidad Medicina Materno Fetal, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González Monterrey, Nuevo León.

³Cardiología pediátrica, Ecocardiografía pediátrica IMSS, UMAE 34, Monterrey, Nuevo León.



Introducción: La interrupción de vena cava inferior (VCI) con continuación de la vena ácigos (VÁ) se define como la ausencia de la primera entre la porción renal y la hepática. Su incidencia es estimada en 0.15-0.60%. De esta forma, es considerada una anomalía del sistema venoso poco frecuente. El diagnóstico requiere evaluar la posibilidad de síndrome cardioesplenia o isomerismo (izquierdo o poliesplenia) debido a su asociación. Asimismo, se encuentra asociada a malformación vascular aislada¹⁻³

Caso: Paciente de 30 años de edad, residente de Monterrey, Nuevo León, con educación preparatoria concluida, actividad económica orientada al comercio; religión católica. Sin antecedentes personales patológicos y quirúrgicos de relevancia. Sus antecedentes personales no patológicos, refiere que antes de la gestación su consumo diario de tabaco de al menos 20 cigarrillos. El peso que registró fue de 76 kg, talla de 1.50 e IMC de 33. Antecedentes gineco-obstétricos Gestas:3; Cesárea:2. FPP: 07/08/2022; adecuado control prenatal sin complicaciones en clínica de referencia. Acude a nuestro centro de atención terciaria a las 36.4 semanas por hallazgo ecográfico de Interrupción de la Vena Cava Inferior con continuación de la Vena Ácigos en su control externo.

Biometría/Morfología	
DBP	83.0 mm
CC	310.1 mm
CA	306.7 mm
Húmero	57.5 mm
LF	63.9 mm
CC/CA	1.01
DBP/LF	1.30
Peso fetal Hadlock (DBP-CC-Fémur)	2,340 g
Percentil	7.3
Actividad cardíaca fetal	Visualizada
Movimientos fetales	Normales
Frecuencia cardíaca fetal	151 lpm
Presentación	Cefálica dorso posterior
Placenta	Anterior alta; Grado placentario Grannum 2
Líquido amniótico	Polihidramnios
Índice líquido amniótico (ILA)	24.4 cm

*Nota: [a] Visualización limitada por panículo adiposo y dorso anterior; [b] Edad gestacional 36 semanas + 4 días.

Tabla 1. Biometría y morfología fetal.

Ecografía Doppler	
Arterias uterinas	
IP izquierda	0.920
IP derecha	1,080 (Patológica)
IP medio	1,000
Escotaduras	-
Arteria umbilical	
IP	0.98
FFD (Flujo fin de diástole)	Positivo
Arteria cerebral media	
IP	1.72
Cociente cerebro-placentario	1.76
Ductus venoso	
Flujo en onda A	Positivo
IPV	0.74
Evaluación	Flujo placentario anormal

Tabla 2. Ecografía Doppler.

Nuestra evaluación ultrasonográfica inicial reportó fetometría de 34 semanas (Tabla 1), encontrándose a nivel abdominal y torácico signo de "doble vaso" (Figura a.) el cual se corroboró al Doppler color (Tabla 2), observándose la Aorta Descendente a la Izquierda de línea media y en yuxtaposición, una imagen correspondiente a la vena ácigos (Figura b.) Evidenciando presencia de ésta, aumentada en diámetro de 4.1 mm (Figura c.) que discurre paralela a arteria aorta en conexión con vena cava superior (Figura d.) En imagen de cuatro cámaras se observó foramen oval ocupando 2/3 del septum interauricular, con excursión hacia aurícula izquierda de más de 80% , no se observaron anomalías en el llenado ventricular ni conexión venosa pulmonar (Figura e.) Además, el planos de 3 vasos y 3 vasos tráquea, y en plano sagital del arco aórtico se observó imagen sacular, con flujo Doppler turbulento correspondiente con aneurisma de conducto arterioso (Figura f.) Ambos arcos (aórtico y ductal tienen flujo anterógrado). No se observó defecto de pared abdominal.

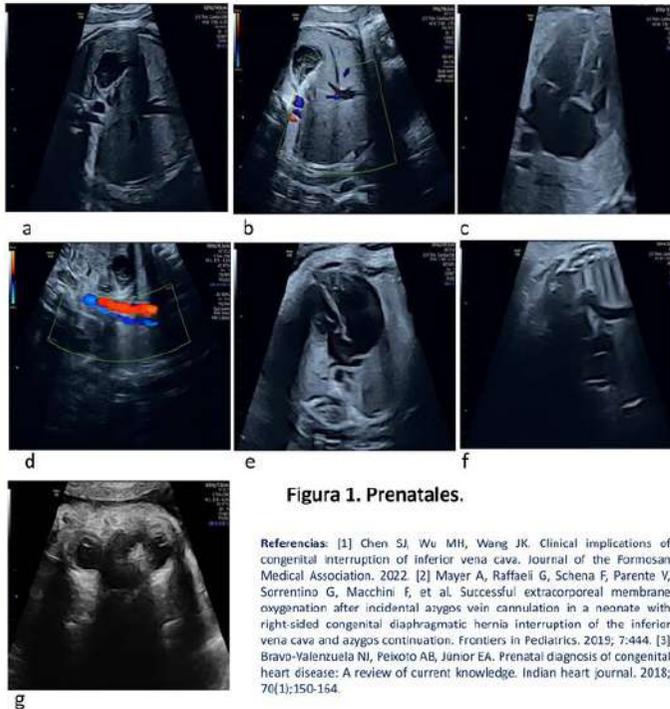


Figura 1. Prenatales.

Referencias: [1] Chen SJ, Wu MH, Wang JK. Clinical implications of congenital interruption of inferior vena cava. Journal of the Formosan Medical Association. 2022. [2] Mayer A, Raffaeli G, Schena F, Parente V, Sorrentino G, Macchini F, et al. Successful extracorporeal membrane oxygenation after incidental azygos vein cannulation in a neonate with right-sided congenital diaphragmatic hernia interruption of the inferior vena cava and azygos continuation. Frontiers in Pediatrics. 2019; 7:444. [3] Bravo-Valenzuela NJ, Peixoto AB, Junior EA. Prenatal diagnosis of congenital heart disease: A review of current knowledge. Indian heart journal. 2018; 70(1):150-164.

Se concluyen diagnóstico de interrupción aislada de Vena Cava Inferior y continuación con Vena Ácigos; aneurisma del conducto arterioso; foramen oval aneurismático; dacriocistolece derecho (Figura g), polihidramnios leve y restricción del crecimiento fetal estadio I.

Se realizó cesárea a las 39 semanas, femenino, APGAR 8/9, peso fetal de 2750 g sin apoyo ventilatorio ni repercusión hemodinámica. Se realizó ecocardiografía posnatal que confirma diagnóstico (Figura 2.)

Discusión: La interrupción de la VCI, habitualmente se asocia en un 80-90% a isomería izquierda del situs broncopulmonar y situs auricular cardíaco. Las anomalías esplénicas como poliesplenia, bazo lobulado, bazo solitario inverso y asplenia son frecuentes en este tipo de pacientes. Asimismo, la estructura cardíaca normal puede presentarse en algunos pacientes. Sin embargo, la cardiopatía congénita (CC) es frecuente. Alteraciones en el ritmo cardíaco se puede presentar en la mitad de pacientes, sin que se exista asociación con la CC. Las variaciones esplénicas habitualmente no se asocian con cardiopatía coronaria o bradicardia¹⁻³

Conclusión: La interrupción de la VCI puede presentarse como una lesión aislada y estar asociada con CC. Las alteraciones en el ritmo cardíaco son frecuentes, sin que significara un riesgo para la sobrevivencia. Los pacientes con interrupción de la VCI frecuentemente presentan isomería izquierda en el situs auricular y broncopulmonar, pero el espectro de anomalías esplénicas es amplio, e incluye poliesplenia, bazo lobulado, bazo inverso solitario y, en raras ocasiones, asplenia.



Figura 2. Posnatales