

## Cartas al Director

### Posición inusual de cables de marcapasos a través de vena cava superior izquierda

*Sr. Director:*

En el implante de marcapasos definitivo debe tenerse en cuenta la existencia de variantes de la normalidad de la anatomía vascular que pueden producir incertidumbre acerca de la correcta posición y avance de los electrodos. Describimos el caso de una de estas variantes.

Paciente varón, de 44 años de edad, sometido a implante de marcapasos definitivo debido a un bloqueo aurículo-ventricular de tercer grado, de causa desconocida al no tomar medicación concomitante que pudiera explicar el trastorno de la conducción, ni tener antecedentes clínicos que pudieran justificarlo. Durante el implante los electrodos auricular y ventricular son introducidos a través de la vena subclavia izquierda, y se observa en la escopia que ambos avanzan en dirección caudal por el borde paraesternal izquierdo, confirmándose esta posición en la radiografía posteroanterior de tórax (fig. 1). Los electrodos se encuentran implantados en la aurícula derecha y ventrículo derecho, la amplitud de los sentidos y umbrales es correcta. Algunos días más tarde se realiza tomografía axial computarizada torácica (fig. 2), que muestra la vena cava superior (flecha pequeña) y una vena cava superior izquierda (flecha gran-



Figura 1. Radiografía postero-anterior de tórax, mostrando los electrodos de marcapasos que descienden por el borde esternal izquierdo, encontrándose alojados en aurícula y ventrículo derechos.

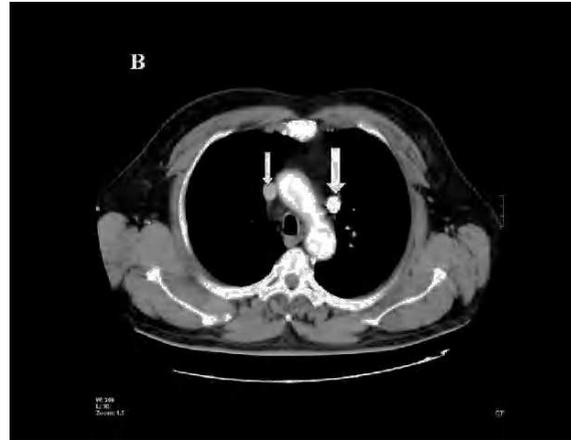


Figura 2. Tomografía axial computarizada torácica, mostrando la vena cava superior normal (flecha pequeña) y demostrando la existencia de una vena cava superior izquierda (flecha grande).

de), conteniendo ésta última ambos electrodos en su interior.

La persistencia de una vena cava superior izquierda es una anomalía vascular infrecuente, presente en el 0,3% en algunas poblaciones<sup>1</sup>. En esta variante los electrodos para marcapasos se encuentran en la vena cava superior izquierda, que desemboca habitualmente en el seno coronario, atravesándolo en dirección a las cavidades cardíacas derechas. La persistencia de vena cava superior se asocia a trastornos de la conducción cardíaca<sup>1</sup>, como ocurre en el caso que describimos, fibrilación auricular<sup>2</sup> y ausencia de vena cava superior derecha<sup>3</sup>.

R. BLANCAS GÓMEZ-CASERO, B. LÓPEZ MATAMALA,  
E. NEVADO LOSADA Y C. MARTÍN DELGADO  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General La Mancha-  
Centro. Alcázar de San Juan. España.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Srimannarayana J, Sekhar Varma R, Satheesh S, Anilkumar R, Balachander J. Transvenous permanent pacemaker implantation through persistent left superior vena cava. *Indian Heart J.* 2004;56:346-8.
2. Hsu LF, Jaïs P, Keane D, Wharton JM, Deisenhofer I, Hocini M, et al. Atrial fibrillation originating from persistent left superior vena cava. *Circulation.* 2004;109:828-32.
3. Ramos N, Fernández-Pineda L, Tamariz-Martel A, Villagrà F, Egurbide N, Maître MJ. Absent right superior vena cava with left superior vena cava draining to an unroofed coronary sinus. *Rev Esp Cardiol.* 2005;58:984-7.