- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.191.236.174 Sat, 20 Apr 2024, 05:52:48

Vena cava superiore sinistra persistente associata a rete di Chiari prominente e prolassante nel ventricolo destro in giovane paziente asintomatica

Carmelo Zimbalatti, Mariarita Catalano, Eduardo Lamberti Castronuovo

Sezione di Cardiologia e Riabilitazione Cardiologica, Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi", Reggio Calabria

(G Ital Cardiol 2010; 11 (6): 501-502)

© 2010 AIM Publishing Srl

Ricevuto il 25 agosto 2009; nuova stesura il 19 ottobre 2009; accettato il 26 ottobre 2009.

Per la corrispondenza:

Dr. Carmelo Zimbalatti

Sezione di Cardiologia e Riabilitazione Cardiologica
Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi"
Via Torrione prol.to 55
89123 Reggio Calabria
E-mail:
carmelo.zimbalatti@tin.it

Una giovane donna di 22 anni ha eseguito, presso il nostro ambulatorio, un esame ecocardiografico transtoracico, per riscontro auscultatorio di soffio olosistolico 2/6 Levine alla punta, in assenza di sintomatologia clinica. Le camere cardiache apparivano di normali dimensioni, con buona funzione di pompa biventricolare. Pericardio indenne. Setti integri. Una sottile struttura mobile in atrio destro, con origine in prossimità dello sbocco della vena cava inferiore ed estendentesi verso il setto interatriale (Figura 1), dal quale appariva comunque disancorata, dotata di movimento fluttuante, che si portava rapidamente in ventricolo destro, durante la diastole, attraverso l'orifizio tricuspidale (Figura 2), veniva identificata come una rete di Chiari prominente. La valvola tricuspide appariva strutturalmente normale e senza alterazioni funzionali significative. Al color Doppler non si rilevavano alterazioni e turbolenze di flusso in atrio destro. Si riscontrava lieve rigurgito mitralico con apparato valvolare anatomicamente integro. Nulla a carico della valvola aortica e polmonare. Da una proiezione 4 camere apicale modificata si evidenziava un seno coronarico dilatato (Figura 3). L'iniezione di soluzione salina agitata in una vena antecubitale sinistra mostrava la sequenziale opacizzazione prima del seno coronarico e successivamente dell'atrio destro (Figura 3). L'iniezione in una vena antecubitale destra determinava la rapida opacizzazione dell'atrio destro attraverso lo sbocco della vena cava superiore (Figura 4). Tale reperto indicava la diagnosi di persistenza della vena cava superiore sinistra (LSVC) drenante in seno coronarico, con normale presenza di vena cava superiore destra drenante in atrio destro.

Figura 1. *Proiezione 4 camere apicale. Sottile struttura in atrio destro, con origine in prossimità dello sbocco della vena cava inferiore, estendentesi in direzione del setto interatriale, dal quale appare disancorata durante il ciclo cardiaco, identificata come rete di Chiari prominente.*

Figura 2. *Proiezione 4 camere apicale. Ampia rete di Chiari prolassante in ventricolo destro durante la diastole attraverso l'orifizio tricuspidale.*

La LSVC si riscontra approssimativamente nello 0.5% della popolazione generale[1]. In una bassa percentuale di casi, è assente la vena cava superiore destra. In oltre il 90% dei casi lo sbocco avviene in atrio destro, attraverso un seno coronarico dilatato[2]. Quando isolata, la LSVC è solitamente asintomatica, potendo comunque complicare procedure di cateterismo cardiaco destro (impianto di pacemaker

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.191.236.174 Sat, 20 Apr 2024, 05:52:48

Figura 3. A sinistra: *proiezione 4 camere modificata, che evidenzia la presenza del seno coronarico dilatato.* A destra: *l'iniezione di soluzione salina agitata in una vena antecubitale sinistra determina l'opacizzazione del seno coronarico prima dell'atrio destro.*

Figura 4. *Proiezione 4 camere apicale. L'iniezione di soluzione salina agitata in una vena antecubitale destra determina l'opacizzazione dell'atrio destro attraverso lo sbocco della vena cava superiore.*

o monitoraggio emodinamico del cuore destro), con approccio dall'arto superiore sinistro[3]. La diagnosi è suggerita dal riscontro di un seno coronarico dilatato e confermata dall'ecocardiografia con mezzo di contrasto.

La rete di Chiari è un residuo della valvola di Eustachio, costituita da strutture filiformi mobili. Benché di riscontro relativamente frequente, generalmente senza alcun significato clinico, vari report descrivono l'intrappolamento di dispositivo per chiusura transcutanea di difetti del setto interatriale e di cateteri per procedure d'ablazione[4]. Raramente sono stati descritti casi di rete di Chiari molto prominente e prolassante nel ventricolo destro durante il ciclo cardiaco[5].

L'associazione di una rete di Chiari prominente, prolassante nel ventricolo destro, con LSVC persistente, è un infrequente riscontro in letteratura e potrebbe determinare difficoltà qualora fosse necessaria una procedura di cateterismo cardiaco destro.

Bibliografia

1. Campbell M, Deuchar DC. The left-sided superior vena cava. Br Heart J 1954; 16: 426-39.
2. Mooney DP, Snyder CL, Holder TM. An absent right and persistent left superior vena cava in an infant requiring extracorporeal membrane oxygenation therapy. J Pediatr Surg 1993; 28: 1633-4.
3. Rubenfire M, Evangelista J, Wajszczuk WJ, Kantrowitz A. Implication of a persistent left superior vena cava in transvenous pacemaker therapy and cardiac hemodynamic monitoring. Chest 1974; 65: 145-7.
4. Peters PJ, Reinhardt S. The echocardiographic evaluation of intracardiac masses: a review. J Am Soc Echocardiogr 2006; 19: 230-40.
5. Betrian Blasco P, Sarrat Torres R, Pijuan Domenech MA, Marimon Blanch C, Perez Herrera V, Girona Comas J. Three-dimensional imaging of redundant Chiari's network prolapsing into right ventricle. J Am Soc Echocardiogr 2008; 21: 188.e1-2.