

Bibliografía

1. Jansen AG, Sanders EA, Van Der Ende A, Van Loon AM, Hoes AW, Hak E. Invasive pneumococcal and meningococcal disease: association with influenza virus and respiratory syncytial virus activity? *Epidemiol Infect.* 2008;136:1448–54.
2. Kneyber MC, Van Vught AJ. Respiratory syncytial virus infection and invasive meningococcal disease: is there an association? *Eur J Pediatr.* 2003;162:352–3.
3. Kaplan SL, Schutze GE, Leake JA, Barson WJ, Halasa NB, Byington CL, et al. Multicenter Surveillance of Invasive Meningococcal Infections in Children. *Pediatrics.* 2006;118:e979–84.
4. Shepard CW, Rosenstein NE, Fischer M. Active Bacterial Core Surveillance Team. Neonatal meningococcal disease in the United States, 1990 to 1999. *Pediatr Infect Dis J.* 2003;22:418–22.
5. Rosentein NE, Perkins BA, Stephens DS, Popovic T, Hughes JM. Meningococcal disease. *N Eng J Med.* 2001;344:1378–88.
6. Selander B, Schliamser S, Schalén C, Fredlund H, Unemo M, Johansson PJ. A premature infant with fulminant meningococcal septicaemia. *Scand J Infect Dis.* 2003;35:345–8.
7. Floret D. Co-infections virus-bactéries. *Arch Pediatr.* 1997;4:1119–24.
8. Raza MW, El Ahmer OR, Ogilvie MM, Blackwell CC, Saadi AT, Elton RA, et al. Infection with respiratory syncytial virus enhances expresión of native receptors for non-pilate *Neisseria meningitidis* on HEp-2 cells. *FEMS Immunol Med Microbiol.* 1999;23:115–24.
9. Bloemers BL, Van Furth AM, Weijerman ME, Gemke RJ, Broers CJ, Van den Ende K, et al. Down syndrome a novel risk factor for respiratory syncytial virus bronchiolitis a prospective birth-cohort study. *Pediatrics.* 2007;120:e1076–81.

M. Plana Fernández*, X. Bringué Espuny, M. Ortiz Morell, J. Ortega Rodríguez, J. García Martí y E. Solé Mir

Servicio de Pediatría, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mplana@arnau.scs.es (M. Plana Fernández).

doi:10.1016/j.anpedi.2010.04.003

Vena innominada subaórtica en la tetralogía de Fallot: a propósito de un caso

Subaortic position of the innominate vein associated with tetralogy of fallot: A case presentation

Sr. Editor:

La detección preoperatoria de anomalías menores en cardiopatías congénitas, como la posición subaórtica de la vena innominada en la tetralogía de Fallot (TF), tiene un valor añadido para propiciar mejores resultados quirúrgicos. Este vaso, también llamada vena braquiocefálica izquierda, se extiende desde la unión de la yugular interna y la

subclavia izquierdas a la unión de la vena braquiocefálica derecha y la cava superior. Su trayecto habitual es oblicuo caudal hacia la derecha, pasando frente a los troncos supraaórticos, pero de forma excepcional puede discurrir bajo el arco aórtico conectando con la vena cava superior bajo el orificio de la vena ácigos. Esta anomalía se asocia a ciertas cardiopatías congénitas y es relevante principalmente en el planteamiento quirúrgico¹ pero también en el postoperatorio, ya que el trayecto inusual de un catéter de perfusión introducido en vena braquial o subclavia izquierdas puede prestarse a confusión en los controles radiológicos.

Presentamos el caso de un neonato de 24 h de vida trasladado por soplo cardiaco a nuestro servicio para estudio. Embarazo controlado y parto instrumental con espátulas a las 40 semanas. Peso al nacer de 3,79 kg y talla de 52 cm. En la exploración física se observó frecuencia cardiaca de 130 lpm, soplo eyectivo precordial con componente pulmonar del segundo ruido disminuido, presión

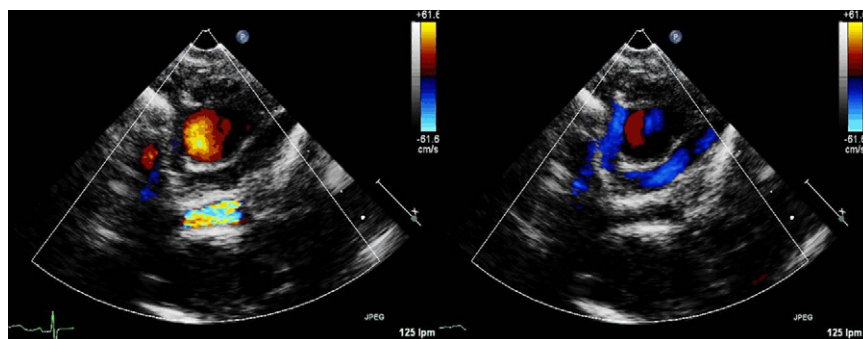


Figura 1 Imagen ecocardiográfica de proyección supraesternal con Doppler color en la que se aprecian 3 estructuras vasculares en diferentes momentos del ciclo cardiaco. A la izquierda, en sístole, se aprecia la aorta en posición superior y la rama pulmonar derecha en la parte más baja. A la derecha, en diástole, se observa bajo la aorta una estructura que se continúa con la cava superior y que es la vena innominada.

arterial de 100/45 mmHg, y saturación de oxígeno del 90%. No presentaba cianosis con el llanto.

El ecocardiograma demostró anatomía de TF con comunicación interventricular subaórtica amplia debido a la alineación anterocefálica del septo infundibular con estrechamiento del tracto de salida ventricular derecho. La arteria aorta se acabalgaba sobre el tabique interventricular menos del 50% de su diámetro. El foramen oval estaba permeable. Mediante técnica Doppler se cuantificó gradiente infundibular de 51 mmHg y gradiente total (infundibular y valvular) de 100 mmHg. La unión ventrículo-pulmonar era hipoplásica midiendo 5 mm (valor Z -4,7). Las ramas pulmonares eran confluentes y de buen tamaño (ambas con valor Z -1). La función biventricular era buena. En la proyección supraesternal se halló un arco aórtico derecho y bajo él la vena innominada (fig. 1). El ductus arterioso se encontraba cerrado.

Se informó al equipo de cirugía cardíaca de la disposición subaórtica de la vena braquiocefálica izquierda para extremar los cuidados en la canulación. Se realizó corrección quirúrgica con cierre de comunicación interventricular y ampliación transanular con parche del tracto de salida del ventrículo derecho hasta la bifurcación de la arteria pulmonar sin complicaciones técnicas relacionadas con la disposición anómala de la vena.

La posición subaórtica de la vena innominada es menos común que las posiciones anómalas de vena cava superior o vena ácigos².

Esta anomalía se asocia con frecuencia a las anomalías conotruncales, como la TF clásica o asociada a atresia pulmonar³, sobre todo en presencia de arco aórtico derecho. La incidencia en los pacientes con cardiopatía congénita es de 0,015%¹ por autopsia y de un 0,98%³ por ecocardiografía. Se ha propuesto una clasificación de vena innominada subaórtica en función de si su trayecto se sitúa por encima

del ductus, por debajo del mismo pero sobre la rama pulmonar izquierda o por debajo de ambos¹.

La vena innominada subaórtica es por sí misma asintomática. Sin embargo, es importante su detección preoperatoria para alertar al equipo quirúrgico, ya que puede limitar la visión para una ligadura ductal, puede dañarse tanto al realizar una fistula subclavio-pulmonar como una anastomosis de Glenn, incluso perjudicial si se canula la vena cava superior de forma no cuidadosa^{1,2}.

En nuestro caso, un estudio ecocardiográfico detallado preoperatorio permitió efectuar los procedimientos peroperatorios y quirúrgicos sin complicaciones.

Bibliografía

1. Gerlis LM, Ho SY. Anomalous subaortic position of the brachiocephalic (innominate) vein: a review of published reports and report of three new cases. *Br Heart J.* 1989;61:540-5.
2. Ito M, Kikuchi S, Hachiro Y, Abe T. Anomalous Subaortic Position of the brachiocephalic vein associated with Tetralogy of Fallot. *Ann Thorac Cardiovasc Surg.* 2001;7:106-8.
3. Choi JY, Jung MJ, Kim YH, Noh CI, Yun YS. Anomalous subaortic position of the brachiocephalic vein (innominate vein): an echocardiographic study. *Br Heart J.* 1990;64:385-7.

I.A. González*, O. Ballivián y M. Cazzaniga

Unidad de Cardiopatías Congénitas y Cardiología Pediátrica, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: iria1980@gmail.com (I.A. González).

doi:10.1016/j.anpedi.2010.04.005

Quiste óseo simple en calcáneo: lesión «benigna» inusual potencialmente invalidante

Calcaneal simple bone cyst: A potentially disabling unusual "benign" lesion

Sr. Editor:

La localización del quiste óseo simple (QOS) en calcáneo es el 1-5% de todos los QOS¹. Radiológicamente se presenta como una osteolisis de bordes bien definidos, esclerosos y adelgazados, que puede expandir la cortical, ocupando la mitad o 2/3 de la masa del calcáneo. Suele ser asintomático, con diagnóstico casual; pero puede dar dolor por microfracturas². El tamaño del quiste puede provocar el colapso de la articulación calcáneo-astragalina, por lo que se indica el tratamiento quirúrgico para evitar deformidades permanentes en la arquitectura del pie que provoquen secuelas dolorosas crónicas en la marcha. El

motivo por el que presentamos este caso es la baja incidencia del QOS en calcáneo, la necesidad de tratamiento quirúrgico, y la dificultad de tratamiento por la inmadurez esquelética del paciente.

Se presenta el caso de un varón de 9 años que acude a urgencias por dolor en pie derecho de aparición aguda. Radiológicamente existe una lesión osteolítica en calcáneo, que ocupa la mitad del cuerpo, con características de benignidad (fig. 1). El TC muestra una imagen compatible con QOS. Debido al tamaño de la lesión y al riesgo de colapso, se indica el tratamiento quirúrgico: se realiza una ventana en la cortical externa del calcáneo, se curetean las paredes de la cavidad, se perforan las paredes del quiste, y se rellena la cavidad con injerto óseo heterólogo liofilizado (Prosteon[®]). La anatomía patológica confirma el diagnóstico de QOS. El paciente inicia carga parcial a las 4 semanas de la operación y a los 3 meses inicia actividad deportiva sin dolor. A los 2 años de evolución, radiológicamente se observa la desaparición de la pared esclerosa del quiste, con reabsorción parcial del injerto aportado que es sustituido por hueso trabecular (fig. 2) dando por curada la lesión.