

DISFUNCIÓN VALVULAR TRICUSPÍDEA MECÁNICA

MECHANICAL TRICUSPID VALVE DYSFUNCTION

JÉSICA MARTÍNEZ¹, ROMINA GALETTO¹, JAVIER URICH¹, JOSÉ MEANA¹, JOSÉ PICCO¹, EZEQUIEL ZAIDEL¹

RESUMEN

La detección clínica y la cuantificación de la valvulopatía tricuspídea, a pesar de su importancia, no son del todo exactas. La ecocardiografía es la base de la evaluación diagnóstica y el Doppler color es útil para la cuantificación de la insuficiencia tricuspídea. La insuficiencia grave requiere generalmente una intervención quirúrgica asociada de la válvula mitral. Las opciones quirúrgicas incluyen la reparación de la válvula tricúspide con o sin anuloplastia. Se presenta un caso clínico de una paciente de sexo femenino con antecedente de reemplazo previo de válvula tricúspide con prótesis mecánica que presenta disfunción valvular.

Palabras clave: estenosis tricuspídea, cirugía torácica.

ABSTRACT

Clinical detection and quantification of tricuspid valve disease, despite their importance, are not entirely accurate. Echocardiography is the basis of the diagnostic evaluation and color Doppler is useful for quantification of tricuspid regurgitation. Serious failure usually requires surgical intervention associated with mitral valve surgery. Surgical options include the tricuspid valve repair with or without annuloplasty. We present a case of a female patient with history of prior mechanical tricuspid valve replacement who presented valvular dysfunction.

Keywords: tricuspid valve stenosis, thoracic surgery.

REVISTA CONAREC 2014;30(124):117-119 | VERSIÓN WEB WWW.REVISTACONAREC.COM.AR

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 57 años con factores de riesgo cardiovascular de hipertensión, estibaquismo, obesidad, dislipemia. Antecedentes cardiovasculares de fiebre reumática en la infancia con reemplazo bivalvular mecánico (mitral y tricúspide) en 2006, insuficiencia cardíaca con múltiples internaciones por falta de adhesión al tratamiento y válvula protésica tricúspide disfuncionante diagnosticada por ecocardiograma transtorácico en 2012. Otros antecedentes de importancia son: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, trastorno bipolar con recurrentes internaciones en centros neuropsiquiátricos y abandono de la terapia anticoagulante en múltiples oportunidades.

Consulta por presentar progresión de disnea de clase funcional II a clase funcional IV, asociada a ortopnea, disnea paroxística nocturna y regular mecánica ventilatoria. Interpretado como insuficiencia cardíaca, se realiza tratamiento con diuréticos y se decide su internación.

Por respuesta parcial al tratamiento, se realiza ecocardiograma transtorácico que informa válvula protésica tricúspide disfuncionante, gradientes aumentados e insuficiencia tricúspide moderada, presión sistólica de arteria pulmonar de 29 mmHg con función sistólica del ventrículo izquierdo conservada. Posteriormente se solicita ecocardiograma transesofágico (**Figuras 1 y 2**) que evidencia imagen de tipo arborescente, sésil, en el techo de aurícula derecha cercana a la entrada de la vena cava inferior, foramen oval permeable con *shunt* hacia aurícula izquierda. Se refuerza diagnóstico con fluoroscopia por hemodinamia (**Figura 3**).

En consenso con el Servicio de Cirugía Cardiovascular, se realiza reemplazo de válvula tricúspide por prótesis biológica St.

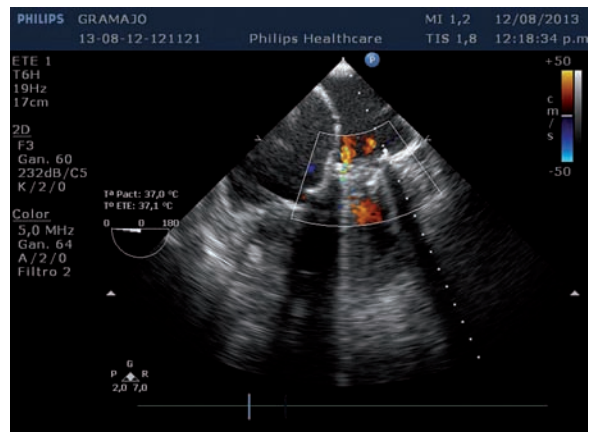


Figura 1. Válvula tricúspide protésica impresiona disfuncionante, gradientes aumentados, AVA por THP 0,8 cm².

1. Residencia de Cardiología, Sanatorio Güemes. CABA, Rep. Argentina.

Correspondencia: José Picco. Mario Bravo 1139 Dpto 2° B, (1175) CABA, Rep. Argentina | josepicco@hotmail.com

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 15/12/2013 | Aceptado: 25/1/2014

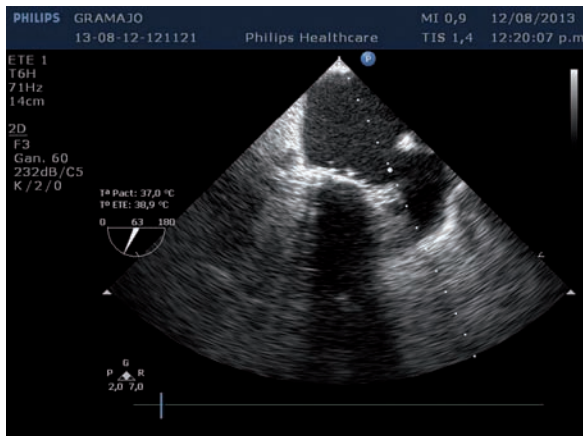


Figura 2. Aurícula derecha dilatada, ocupada por imagen tipo arborescente de base de implantación amplia, sésil en el techo, cercana a la entrada de la VCI.

Jude N° 27, cierre de la comunicación interauricular e implante de marcapaso epicárdico (**Figura 4**).

En el posoperatorio inmediato evoluciona con tendencia a la vasoplejía con requerimiento de soporte inotrópico a altas dosis, disociación auriculoventricular con dependencia de marcapaso epicárdico, evolucionando con *shock* cardiogénico por falla del ventrículo derecho. Se realiza nuevo ecocardiograma transesofágico que observa ventrículo derecho aquinético.

Finalmente progresa hacia falla multiorgánica, paro cardiorrespiratorio y ulterior óbito.

DISCUSIÓN

La válvula tricúspide (VT) es a menudo relegada; sin embargo, en los últimos años ha experimentado una atención progresiva. En la literatura pueden encontrarse amplias referencias respecto a las enfermedades de la VT y sus consecuencias a largo plazo.^{1,2} Se han introducido diversos abordajes quirúrgicos y los resultados a medio y a largo plazo de algunas de estas opciones quirúrgicas son prometedores.

La decisión de tratar la valvulopatía tricúspide se basa en gran parte en las consecuencias hemodinámicas y funcionales de la enfermedad, así como en la coexistencia de otras lesiones valvulares o congénitas. Cuando se trata de una lesión aislada, la valvulopatía tricúspide leve o moderada no requiere tratamiento. La IT leve o incluso moderada puede mantenerse en observación con el empleo de técnicas de eco-Doppler en los sujetos normales. Por el contrario, la valvulopatía tricúspide grave causa un agrandamiento de la aurícula derecha y el ventrículo derecho, un aumento de la presión auricular derecha y la presión venosa sistémica. Si no se trata, la disfunción ventricular derecha con reducción del gasto cardíaco aparece primero con el ejercicio y luego en reposo. Esto se acentúa con la aparición de fibrilación auricular. Además, la congestión hepática crónica causa fibrosis y cirrosis.

La estenosis tricúspide reumática se asocia casi siempre a una valvulopatía mitral reumática. Puede practicarse con éxito una reparación de la válvula mitral y la VT, aunque los resultados a largo plazo

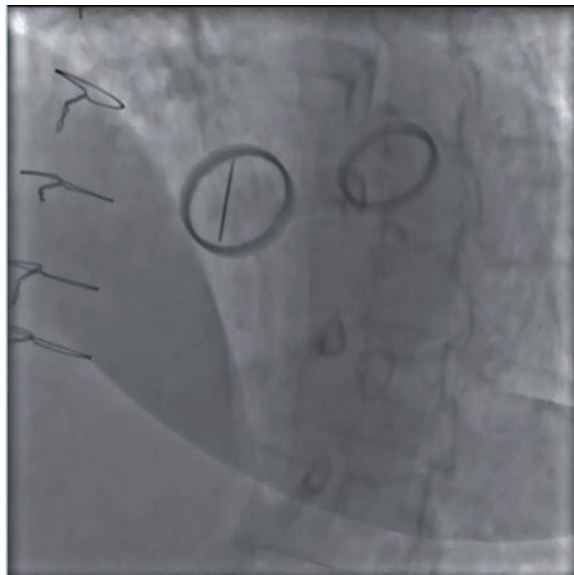


Figura 3. Válvula mitral protésica con normal funcionamiento y válvula protésica tricúspide fija.

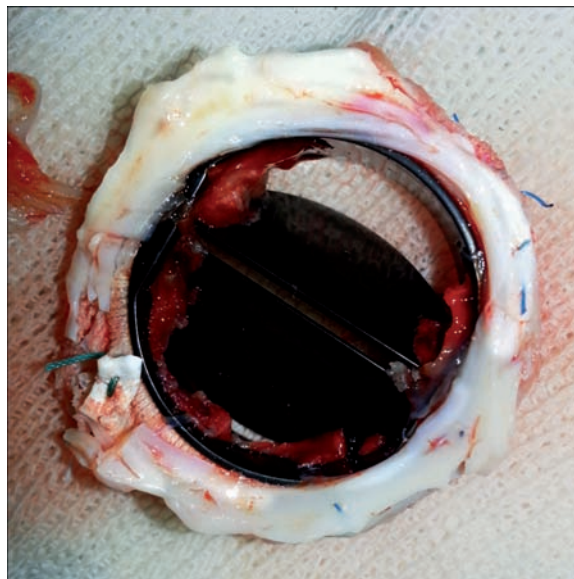


Figura 4. Válvula mecánica en posición tricúspide extraída. Se observa el pannus que fija la válvula.

son malos. La sustitución de la válvula mitral con sustitución de la VT es una opción que considerar en los pacientes que no aceptan el riesgo de reintervención. Estos pacientes necesitarán una prótesis mecánica, pues se trata de un grupo de edad poco avanzada. Sigue siendo una cuestión de debate, pero la prótesis biológica para el reemplazo de la válvula es generalmente preferida sobre la mecánica debido al mayor riesgo de trombosis de ésta y la satisfactoria durabilidad a largo plazo de las bioprótesis en posición tricúspide.³

CONCLUSIÓN

Nos encontramos con un caso poco frecuente en nuestro medio de reemplazo valvular tricúspide con prótesis mecánica realiza-

da previamente, que evoluciona con una complicación esperable para dicho tipo de prótesis, con trombosis y posterior organización de la misma con formación de *pannus*.

Se planteó el recambio valvular por la progresión de los síntomas con recambio valvular biológico, como se sugería hacer en el primer momento, pero con un resultado ominoso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shah PM, Raney AA. Tricuspid valve disease. *Curr Probl Cardiol* 2008;33:47-84.
2. Bruce CJ, Connolly HM. Right-sided valve disease deserves a little more respect. *Circulation* 2009;119:2726-2734.
3. Chang BC, Lim SH, Yi G, Hong YS, Lee S, Yoo KJ, et al. Long-term clinical results of tricuspid valve replacement. *Ann Thorac Surg* 2006;81: 1317-1323.