CASO CLÍNICO

Insuficiencia tricuspídea aislada

Emilio Flores A.1, Ricardo Zalaquett S.1, Luigi Gabrielli N1, Samuel Córdova A.1, Paula León S.2

Departamento de Enfermedades Cardiovasculares1 Departamento de Anestesiología2
Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

*Recibido el 18 de febrero de 2009. Aceptado el 4 de marzo de 2009

Rev Chil Cardiol 2009; 28:115-119

Introducción

La Insuficiencia Tricuspídea como entidad aislada es una enfermedad poco frecuente. En general, la disfunción de la válvula tricúspide se asocia a otras patologías cardiovasculares, entre las que destacan congénitas, funcionales o estructurales. De las primeras, cabe mencionar la malformación de Ebstein, defecto atrio ventricular septal corregido o no y la atresia pulmonar con septum interventricular intacto. Dentro de las causas funcionales se encuentra la valvulopatía mitral con hipertensión pulmonar y dilatación secundaria del anillo tricúspide, y causas poco frecuentes como el mixoma de aurícula derecha, secundaria a cor pulmonale crónico, esclerodermia, lupus eritematoso, síndrome antitoxfolípidos y síndrome hipereosinofílico. Entre las causas estructurales, las más frecuentes son la reumática que produce estenosis e insuficiencia, la endocarditis infecciosa, la ruptura traumática y el carcinóide en la válvula tricúspide1,2,3,4. La evolución de la insuficiencia tricúspidea es lenta y progresiva, ya que la sobrecarga de volumen en el ventrículo derecho es inicialmente bien tolerada, desarrollándose una dilatación a lo largo del tiempo y finalmente disfunción sistólica. El momento de la intervención quirúrgica está definido por el deterioro de la capacidad funcional y compromiso del ventrículo derecho5.

En relación a esta patología presentamos un caso clínico y su correspondiente discusión.

Caso Clínico

Anamnesis

Paciente mujer, de 51 años con antecedentes de insuficiencia tricúspide con más de 10 años de evolución e hipertensión arterial en tratamiento con hipotensores orales. Dentro de sus antecedentes gineco-obstétricos destacan tres cesáreas e histerectomía con salpingooforectomía bilateral. Su cuadro actual comienza hace 18 meses con disnea de medios esfuerzos que se hace progresiva llegando a capacidad funcional III. Por lo anterior y sus antecedentes decide consultar con cardiólogo nuevamente.

Examen físico

La paciente presentaba, al momento del examen, disnea de mínimos esfuerzos, yugulares ingurgitadas (++) con una onda y prominente, desviación del ápex a la línea axilar anterior con un soplo pansistólico III/VI foco tricúspide, reflujo hepatoyugular positivo y hepatomegalia, pero no presentaba edema de extremidades inferiores.

Se solicitó un ecocardiograma transesofágico el cual mostró una dilatación severa de la aurícula derecha (área de 58 cm²), con una válvula de Eustaquio prominente. La válvula tricúspide presentaba tres velos de implantación normal con buena movilidad y apertura, pero con falta de aposición central en sístole y dilatación del anillo tricúspide (56 mm). Al doppler color se demostró una insuficiencia tricúspidea
severa con presión sistólica de arteria pulmonar de 40 mmHg. El ventrículo derecho estaba dilatado (56 mm) con función sistólica conservada (Tapse 17 mm) (figura 1 y 2).

**Figura 1:** Ecocardiograma transtorácico preoperatorio, que muestra dilatación severa de ventrículo derecho que desplaza el ventrículo izquierdo.

**Figura 2:** Ecocardiograma doppler color preoperatorio, que muestra insuficiencia tricuspídea severa.
Dado el deterioro de la capacidad funcional y la dilatación del ventrículo derecho se le ofrece a la paciente cirugía sobre la válvula tricúspide, la que es aceptada, comprendiendo los riesgos y beneficios. En los hallazgos operatorios destacaba una gran dilatación de cavidades derechas (especialmente la aurícula) y de la arteria pulmonar. La válvula tricúspide era de 3 velos. El velo anterior presentaba daño secundario a endocarditis infecciosa con perdida de tejido de aproximadamente un 50% y una cuerda tendinea rota con micro vegetaciones calcificadas. Igualmente, el velo septal, hacia la comisura con el velo anterior, presentaba cambios fibrosos cicatriciales de una secuela de endocarditis. Secundariamente existía una severa dilatación del anillo valvular tricúspide (Fig. 3).

**Figura 3:** Fotografía intra operatoria en la que se observa destrucción antigua de casi el 50% del velo tricúspide anterior y una cuerda tendinea rota.

**Procedimiento quirúrgico**

En la cirugía se realizó una reparación de la válvula tricúspide efectuando una plicatura del anillo y luego sutura del remanente de velo anterior al velo septal, quedando una válvula bicúspide. Se probó la continencia valvular con solución fisiológica, la cual fue muy satisfactoria. Se completó la reparación con una anuloplastia tricúspide, con un anillo Carpentier-Edwards Classic Nº32, previamente modificado a la configuración tridimensional del anillo valvular tricúspide (Fig. 4).

El Ecocardiograma transesofágico intraoperatorio demostró un buen aspecto de la reparación tricúspide con sólo una leve insuficiencia residual. La paciente evolucionó en buenas condiciones, controlándose a las 8 semanas de la cirugía con un ecocardiograma trans torácico que mostró una dilatación leve de cavidades derechas y un buen aspecto morfológico y funcional de la anuloplastía, sin insuficiencia tricúspide residual. En el control ambulatorio, la paciente ha normalizado su capacidad funcional, sin presentar complicaciones post quirúrgicas.
Discusión

La evolución preoperatoria de la paciente se ajusta a la historia natural de la insuficiencia tricúspide, la cual presenta un largo período asintomático durante el cual se produce dilatación de cavidades derechas y finalmente síntomas de insuficiencia cardíaca. Existe un gran número de etiologías de insuficiencia tricúspide siendo las primarias cerca del 10% y las funcionales el 90% restante. Destaca para este caso el daño tricúspide aislado post infeccioso que tiene una baja incidencia, pero que se asocia a destrucción de los velos frecuentemente, por lo que se presenta como una insuficiencia tricúspide severa.\(^1\,^2\)

La indicación quirúrgica aislada de la válvula tricúspide es excepcional y debe aplicarse en situaciones claramente precisas.\(^5\) En el contexto de esta paciente, el deterioro de la capacidad funcional y la dilatación importante de cavidades derechas, hicieron necesaria la resolución quirúrgica. Respecto a la elección de la técnica quirúrgica es recomendable realizar siempre una reparación valvular en la medida de un resultado funcional óptimo.\(^6\,^7\), demostrado ecocardiográficamente post circulación extracorpórea, dejando solo en última instancia el recambio valvular, el que tiene una menor sobrevida y mayores complicaciones asociadas\(^8\,^9\,^10\,^11\).

El hallazgo operatorio de secuela de endocarditis en la válvula tricúspide es compatible con la historia entregada por la paciente. En su primer embarazo (1990), presentó una fiebre puerperal que requirió antibióticos endovenosos y una hospitalización de alrededor de un mes. Esta etiología se encuentra descrita, pero dado su baja ocurrencia nos parece interesante reportarlo.

La reparación con anuloplastía protésica complementaria realizada a esta paciente, presenta a largo plazo buenos resultados en cuanto a sobrevida, y una probabilidad de estar libre de reoperación por patología tricúspide sobre el 90% a 8 años.\(^6\,^7\). La sobrevida a mediano y largo plazo de la insuficiencia tricúspide no tratada va asociada a lo avanzado de la enfermedad y su etiología, siendo el desarrollo de hipertensión pulmonar, disfunción ventricular izquierda y la asociación con patologías congénitas factores de mal pronóstico con sobrevida menores a 64% a un año.\(^3\,^9\,^10\).
Referencias

1. SHAH PM, RANEY AA. Tricuspid valve disease. Curr Probl Cardiol 2008; 33: 47-84.