

Fig. 1.

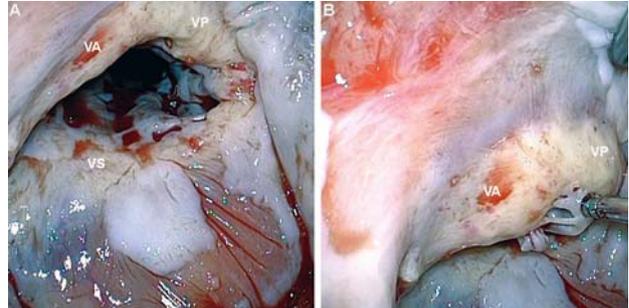


Fig. 2.

Ausencia valvular tricuspídea por enfermedad cardíaca carinoide severa

Se trata de un varón de 55 años, diagnosticado de síndrome carinoide 12 años antes, en el que después se produjeron metástasis hepáticas generalizadas y la consiguiente enfermedad cardíaca carinoide, con soplo sistólico VI/VI espirativo en foco tricuspídeo. Además, presentaba disnea de moderados esfuerzos, así como claros síntomas periféricos de insuficiencia cardíaca derecha. Tras valoración preoperatoria, el paciente fue remitido a cirugía para corregir la afección valvular y evitar un mayor deterioro de la función ventricular. En el estudio ecocardiográfico transesofágico (ETE) intraoperatorio (fig. 1A), se objetivó una dilatación de cavidades derechas y afección severa de la válvula tricúspide. Ésta, de aspecto patológico y marcada ecorrefringencia, mostraba engrosamiento, retracción e inmovilidad de los velos, que se encontraban fijos en posición diastólica, lo que daba como resultado la «ausencia» total de estructura valvular. La ecocardiografía tridimensional en tiempo real transesofágica (eco-3DTRTE) corroboró la «ausencia» de velos tricuspídeos por fibrosis y fusión con el tejido ventricular. La capacidad de la eco-3DTRTE

para orientarse en cualquier plano de corte nos permitió la valoración completa, rápida y precisa del orificio valvular: desde la aurícula derecha (fig. 1B; VM: válvula mitral; VT: válvula tricúspide), desde el ventrículo derecho (fig. 1C), y finalmente de manera lateral tras sustraer *offline* la pared anterolateral del ventrículo derecho (fig. 1D). El análisis quirúrgico (fig. 2A y B; VA: velo anterior; VP: velo posterior; VS: velo septal) confirmó los hallazgos ecocardiográficos tridimensionales y además descubrió la afección severa del aparato subvalvular y la deposición endocárdica de placas fibrosas perladas, características de la enfermedad cardíaca carinoide. El paciente fue sometido a cirugía multivalvular, con reparación mitral, reemplazo tricuspídeo y pulmonar, así como reconstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho.

Financiación: proyecto financiado por el Departamento de Cirugía Cardiorácica.

Javier G. Castillo^a, David H. Adams^a
y Gregory W. Fischer^b

^aDepartamento de Cirugía Cardiorácica. Mount Sinai Medical Center. New York. Estados Unidos.

^bDepartamento de Anestesia. Mount Sinai Medical Center. New York. Estados Unidos.

Full English text available from: www.revespcardiol.org