

Lesión en la coronaria derecha como complicación de la anuloplastia tricuspídea de De Vega

Sr. Editor:

La insuficiencia tricúspide en pacientes con enfermedad reumática se asocia con frecuencia a una degeneración avanzada de la válvula mitral y suele carecer de etiología orgánica, y su naturaleza es funcional. La primera cirugía en la enfermedad tricúspide adquirida fue realizada por el Dr. A. Starr en 1963 cuando sustituyó la válvula a un paciente con enfermedad reumática¹. Desde entonces se ha desarrollado una amplia variedad de técnicas para reparar la válvula tricúspide con eficacia manifiesta y cuyas complicaciones se limitan a daños en el sistema de conducción. La técnica introducida por el Dr. De Vega tiene su origen en 1972², y consiste en una plicatura anular desde la comisura anteroseptal hasta la posteroseptal. Se ha descrito ampliamente el daño a la arteria circunfleja durante la anuloplastia mitral³. Sin embargo, es escasa la documentación bibliográfica sobre la lesión de la coronaria derecha como consecuencia de la anuloplastia tricúspide.

Presentamos el caso de una mujer de 76 años, sin factores de riesgo cardiovascular, que acude a nuestro hospital con síntomas de insuficiencia cardíaca izquierda como consecuencia de una afección reumática mitral. El estudio ecocardiográfico evidenció insuficiencia mitral severa con engrosamiento y calcificación en las valvas y en el anillo mitral. No se objetivaron lesiones anatómicas tri-

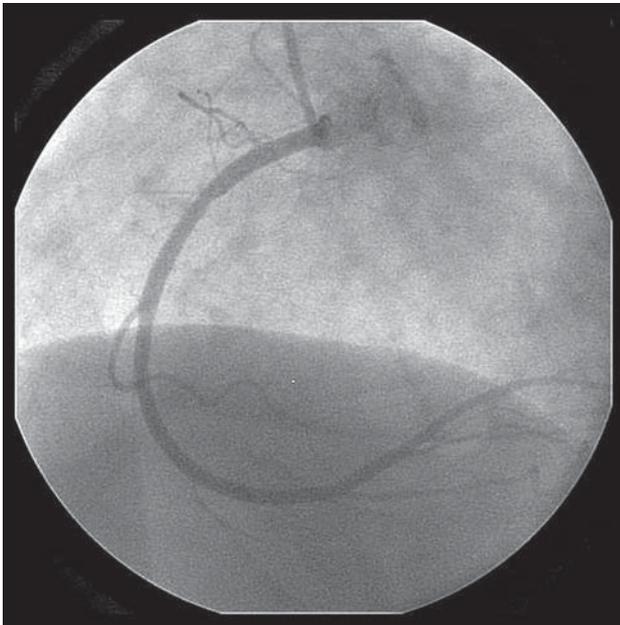


Fig. 1. Coronariografía preoperatoria de la arteria coronaria derecha.

cuspidéas, aunque el anillo presentaba una dilatación marcada (diámetro anteroposterior > 40 mm) y la insuficiencia era severa. La fracción de eyección era normal, así como la coronariografía preoperatoria, en la cual se observaba una arteria coronaria derecha dominante, calcificada, sin lesiones significativas (fig. 1). La paciente se encontraba en fibrilación auricular, normotensa, y se apreciaba distensión venosa yugular sin otros signos de insuficiencia cardíaca derecha. La radiografía de tórax evidenciaba cardiomegalia general con sobrecarga hídrica.

Se programó a la paciente para cirugía de reparación de la válvula mitral mediante anuloplastia e implante de neocuerdas y de la válvula tricúspide. La insuficiencia tricúspide se corrigió mediante la técnica de De Vega. Tras el despinzamiento aórtico se evidenció elevación del ST en derivaciones inferiores (II, III y aVF). Con nitroglicerina se normalizó el electrocardiograma tras 10 min. Se consiguió desconectar a la paciente de circulación extracorpórea y se la trasladó a la unidad de cuidados postoperatorios. Tras 1 h de postoperatorio, llamó la atención la aparición de un cuadro de hipotensión grave, taquicardia ventricular e isquemia inferior en el electrocardiograma. Se realizó una coronariografía urgente, que demostró múltiples lesiones en la coronaria derecha (fig. 2). El intento de angioplastia fue ineficaz, ya que la arteria se volvía a ocluir probablemente por la plicatura causada por la sutura sobre una coronaria derecha previamente calcificada.

Dada la estabilidad hemodinámica, se decidió no deshacer la anuloplastia tricuspídea. Con dosis

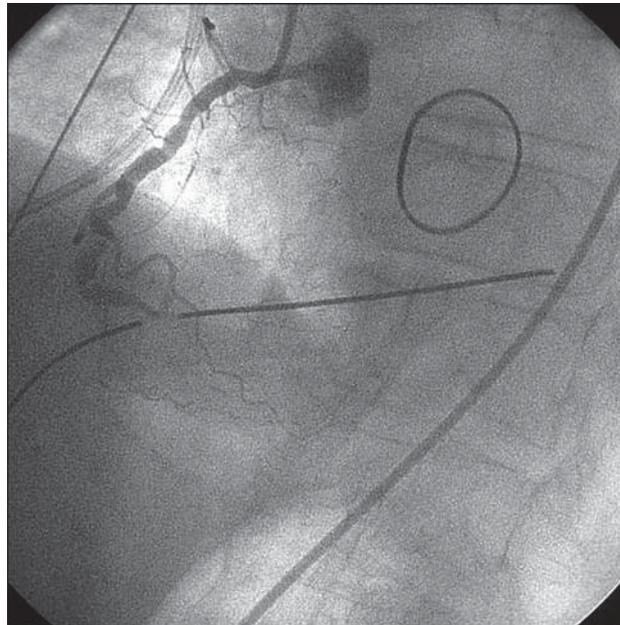


Fig. 2. Coronariografía postoperatoria de la arteria coronaria derecha. Se puede observar múltiples plicaturas aparentemente debidas a la sutura de la anuloplastia.

bajas de inotrópicos y balón de contrapulsación, la evolución hemodinámica fue correcta. Se desarrolló un infarto inferior bien tolerado por la paciente (pico de troponina, 1,65 ng/dl; pico de CK-MB, 271 UI/l) y el ecocardiograma postoperatorio objetivó un ventrículo derecho moderadamente dilatado e hipocontráctil. El resto de la estancia hospitalaria transcurrió sin incidencias y la paciente fue dada de alta en clase funcional óptima. En la revisión anual se comprobó la correcta evolución clínica y el normal funcionamiento del ventrículo derecho en el ecocardiograma de control.

La incompetencia valvular tricuspídea persiste con frecuencia tras la corrección de la afección mitral. Esto puede llevar a una insuficiencia cardíaca derecha terminal. La anuloplastia de De Vega es una técnica sencilla con excelentes resultados tras más de 15 años de seguimiento en ausencia de enfermedad orgánica⁴. Sin embargo, como ilustra el presente caso, la lesión en la coronaria derecha por la sutura debe añadirse al diagnóstico diferencial de la disfunción ventricular derecha postoperatoria. Para anillos tricuspídeos muy dilatados, la anuloplastia con anillo conllevaría menos riesgo de distorsión tisular que la técnica de De Vega. Finalmente, la decisión sobre si ser conservador o deshacer la plicatura debe tomarse, en nuestra opinión, balanceados el riesgo y el beneficio de la reintervención de forma individualizada.

Gregorio P. Cuerpo, Jorge Rodríguez-Roda Stuart,
Manuel Ruiz y Ángel González Pinto
Servicio de Cirugía Cardiovascular. Hospital General Universitario
Gregorio Marañón. Madrid. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Starr A, McCord CW, Wood J, Herr R, Edwards ML. Surgery for multiple valve disease. *Ann Surg.* 1964;160:596-613.
2. De Vega NG. La anuloplastia selectiva, regulable y permanente. Una técnica original para el tratamiento de la insuficiencia tricúspide. *Rev Esp Cardiol.* 1972;25:555-6.
3. Wykrzykowska J, Cohen D, Zimetabum P. Mitral annuloplasty causing left circumflex injury and infarction: novel use of intravascular ultrasound to diagnose suture injury. *J Invasive Cardiol.* 2006;18:505-8.
4. Pasaoglu I, Demircin M, Dogan R, Hatipglu A, Gunay I, Ersoy U, et al. De Vega's tricuspid annuloplasty: analysis of 195 patients. *Thorac Cardiovasc Surg.* 1990;38:365-9.