Parálisis recurrencial izquierda secundaria a insuficiencia mitral periprotésica

Silvia Zamora Mestre, Fermín Ladrón de Guevara Bravo y Manuel Acosta Varo

Unidad de Cardiología. Hospital del SAS. La Línea de la Concepción. Cádiz.

parálisis del nervio laríngeo/ hipertensión pulmonar/ trastornos de la voz/ prótesis valvular/ válvula mitral

La parálisis del nervio laríngeo recurrente izquierdo en el contexto clínico de una valvulopatía mitral (síndrome de Ortner) es poco frecuente. Ortner creía que la parálisis era secundaria a la compresión del nervio por parte de la aurícula izquierda dilatada. Posteriormente, otros autores han demostrado, por hallazgos intraoperatorios, que dicha compresión se produce entre la arteria pulmonar dilatada secundariamente a la hipertensión pulmonar, la aorta y el ligamento arterioso. Esta complicación también ha sido descrita en otras enfermedades cardiovasculares distintas, pero que también cursan con hipertensión pulmonar.

En la bibliografía se han descrito casos de recuperación de la función de la cuerda vocal tras el descenso de la hipertensión pulmonar.

Presentamos un caso de disfonía secundaria a parálisis del nervio laríngeo recurrente izquierdo en el contexto de una insuficiencia mitral periprotésica mitral con hipertensión pulmonar severa y su desaparición tras el recambio valvular coincidiendo con un descenso significativo de la presión estimada en la arteria pulmonar constatado por eco-Doppler cardíaco.

PARALYSIS OF THE LEFT RECURRENT LARYNGEAL NERVE SECONDARY TO MITRAL PERIPROSTHESIS INSUFFICIENCY

The paralysis of the left laryngeal nerve secondary to mitral valvular disease (Ortner's syndrome) is quiet rare. Ortner believed that the paralysis was due to the compression of the nerve by the enlargement of the left atrium. Other authors have shown, by observation at operation, that this compression is produced betwen enlarged, tense pulmonary artery and tha aorta at the ligamentun arteriosum. This complication has also been described in different cardiovascular pathologies which also have pulmonary hypertension.

Cases have been described in the literature of vocal cord function recovery after a pulmonary hypertension decrease. We present a case of hoarseness secondary to the paralysis of the left recurrent laryngeal nerve within a context of a mitral periprosthesis insufficiency with severe pulmonary hypertension and its disappearance after the valvular rechange, coinciding with a significant artery pulmmonar estimated pressure decrease, confirmed by cardiac Eco-Doppler.

(*Rev Esp Cardiol* 1997; 50: 902-903)

INTRODUCCIÓN

Actualmente, la parálisis del nervio laríngeo recurrente izquierdo (NLRI) secundaria a la compresión del mismo entre la arteria pulmonar dilatada por la hipertensión pulmonar (HTP), el arco aórtico y el ligamento arterioso, en el contexto clínico de una valvulopatía mitral (síndrome de Ortner) es una complicación poco frecuente[1,2].

Correspondencia: Dra. S. Zamora Mestre.
Nápoles, 181, 4.º. 08013 Barcelona.

Recibido el 30 de enero de 1997.
Aceptado para su publicación el 3 de abril de 1997.

Se describe un caso en el que la parálisis es secundaria a una HTP severa debida a una insuficiencia mitral periprotésica, y su evolución tras el recambio de dicha prótesis.

CASO CLÍNICO

Paciente de 61 años, diagnosticada de estenosis mitral y doble lesión aórtica de etiología reumática a los 25 años. Fue sometida a una comisurotomía mitral cerrada cinco años más tarde. A los 50 años, tras la reaparición de la clínica y de una reestenosis mitral severa evidenciada por cateterismo cardíaco, se practicó doble recambio valvular, implantándose a nivel mitral

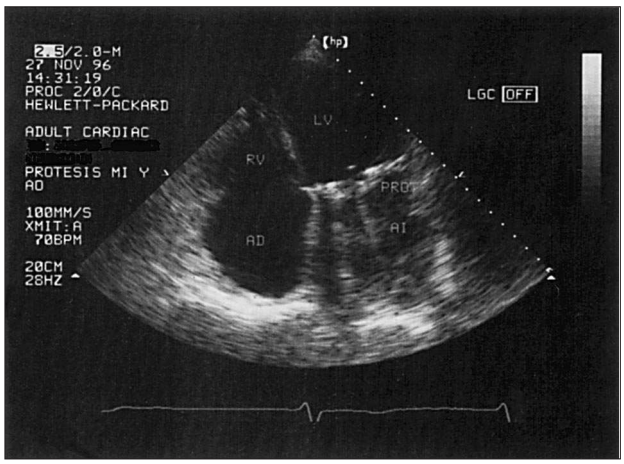

Fig. 1. Ecocardiografía bidimensional, plano apical. Se aprecia una dilatación de cavidades derechas y de la aurícula izquierda. AI: aurícula izquierda; AD: aurícula derecha; LV: ventrículo izquierdo; RV: ventrículo derecho.

y aórtico, prótesis mecánicas. Durante la intervención, se evidenció que la válvula tricúspide era normal.

En enero de 1996 empezó a presentar un aumento de su disnea habitual hasta hacerse de pequeños esfuerzos y una disfonía progresiva, persistente, sin clínica de infección de las vías respiratorias altas. Tras una exploración física y una TAC cervicotorácica, fue diagnosticada de parálisis de cuerda vocal izquierda secundaria a compresión del NLRI por patología cardiovascular.

En junio de 1996 ingresó por una neumonía por *Streptococcus pneumoniae*. Durante el ingreso se realizó un Eco-Doppler cardíaco apreciándose un ventrículo izquierdo (VI) ligeramente dilatado (58 mm), con grosor de paredes y fracción de acortamiento normales; dilatación importante de la aurícula izquierda (AI), (80 mm); dilatación de cavidades derechas; prótesis aórtica con buena motilidad del disco, detectándose por Doppler un gradiente sistólico instantáneo máximo de 28 mmHg, así como una mínima insuficiencia aórtica; prótesis mitral con buena motilidad del oclusor y área por Doppler de 1,9 cm^2. Así mismo, se evidenció una insuficiencia mitral periprotésica (IMP) por la comisura posterior que alcanzaba el tercio distal de la AI. En la válvula tricúspide no se evidenciaba patología orgánica, pero sí una insuficiencia severa con una HTP severa, con una presión arterial sistólica estimada en la arteria pulmonar (AP) de 80 mmHg. En la eco transesofágica realizada en hospital de referencia se confirmó el diagnóstico de IMP severa con inversión del flujo en las venas pulmonares.

En octubre de 1996 fue sometida a recambio de la prótesis mitral por una prótesis bivalva ATS 29, con un postoperatorio sin complicaciones. La paciente, tras la intervención, mejoró progresivamente de su disfonía hasta alcanzar prácticamente la normalidad. A finales de noviembre de 1996 se repitió el eco-Doppler cardíaco apreciándose: prótesis mitral normofuncionante, válvula tricúspide con insuficiencia moderada, HTP moderada, con una presión arterial sistólica de la AP estimada en 53 mmHg; prótesis aórtica normofuncionante con insuficiencia leve, función sistólica ventricular izquierda conservada. Dilatación de cavidades derechas y de la AI (72 mm) (fig. 1).

DISCUSIÓN

Ortner describió por primera vez en 1897 la parálisis del NLRI en pacientes con valvulopatía mitral, atribuyéndola a la compresión de aquél por la AI dilatada[3]. Posteriormente, otros autores han descrito este fenómeno en otros cuadros clínicos que cursan con HTP esencial[2,4] o secundaria[2] y también en el síndrome de Eisenmenger, en la comunicación interauricular, en el ductus arterioso permeable, en el fallo ventricular izquierdo, en enfermedades cardíacas congénitas y también en el aneurisma del cayado aórtico[5]. Hallazgos en la intervención quirúrgica de pacientes con este síndrome apoyan la hipótesis de que la parálisis del nervio se debe a la compresión de éste entre la AP dilatada, la aorta y el ligamento arterioso y no por la AI dilatada, tal como describió Ortner[2,4].

En el caso descrito, el NLRI probablemente estaba comprimido por la AP dilatada debido a la HTP severa provocada por la IMP. Esto parece corroborarse por la mejoría clínica de la paciente, tan evidente al mes del recambio valvular, coincidiendo con el descenso significativo de la presión arterial sistólica de la AP (27 mmHg), constatado por eco-Doppler cardíaco.

En la bibliografía revisada[4,6], hemos encontrado 7 casos descritos de síndrome de Ortner con una HTP severa, en los que tras intervención quirúrgica se produjo la recuperación de la función de la cuerda vocal. En 3 de los casos se pudo constatar por cateterismo cardíaco el descenso de la presión en la AP tras la cirugía, coincidiendo con lo ocurrido en nuestro caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wood PH. Diseases of the heart and circulation (3.ª ed.). Londres: Eyre and Spottiswode, 1968; 624.
2. Valle Bernard R, Arjona Mateos R, González Macías J. Parálisis del nervio laríngeo recurrente izquierdo en un paciente con hipertensión pulmonar. Med Clin (Barc) 1991; 96: 158-159.
3. Ortner N. Recurrenslähmung bei Mitralstenose. Viena: Klin Wochenschr, 1897; 10: 753-755.
4. Camishion RC, Gibson JH, Pierucci L, Iida J. Paralysis of the left recurrent laryngeal nerve secondary to mitral valve disease: report of two cases and literature review. Ann Surg 1966; 163: 818-827.
5. Martínez JL, Amaro A, Blanco E, Pérez M. Parálisis del nervio laríngeo recurrente izquierdo de etiología cardiovascular. Med Clin (Barc) 1992; 98: 158-158.
6. Scully RE, Mark EJ, McNeely WF, McNeely BV. Cases records of the Massachussets General Hospital. N Engl J Med 1989; 320: 1.260-1.268.