

Reparación percutánea simultánea en la insuficiencia mitral y tricuspídea: paso a paso. Respuesta



Simultaneous percutaneous repair in mitral and tricuspid regurgitation: step by step. Response

Sr. Editor:

En primer lugar, nos gustaría agradecer a Sánchez Vega et al. el interés mostrado por nuestro reciente artículo. El campo del intervencionismo combinado de insuficiencia mitral y tricuspídea (IT) está en sus fases iniciales y todavía la evidencia científica no es sólida, por lo que es lógico que surjan dudas ante intervenciones tan complejas. Sin embargo, algunos argumentos apoyan la reparación combinada en casos seleccionados. Se ha observado que la presencia de IT grave en el momento de la reparación mitral se asocia con peor pronóstico, incluso a corto plazo^{1,2}. Asimismo, aunque se teoriza una reducción significativa de la IT tras la reparación mitral, esto se produce solamente en un 15–40%³. Es por ello que hay un grupo numeroso de pacientes que están sujetos a la posibilidad de deterioro clínico por su IT residual. Factores como la dilatación anular, el grado de IT, la presencia de dilatación y disfunción derecha o que ya se hayan presentado síntomas congestivos pueden indicar que la IT no vaya a mejorar y, por lo tanto, hay riesgo de eventos adversos en el seguimiento. Una vez decidido que tiene sentido tratar las 2 válvulas, creemos que el tratamiento combinado presenta ventajas. Es seguro y factible, disminuye la duración respecto a realizarlo en 2 procedimientos diferidos y los riesgos asociados con un nuevo acceso vascular, un nuevo ingreso y otra anestesia general en pacientes que ya de por sí

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.08.008>,

están en alto riesgo. Sería ideal disponer de estudios aleatorizados pero, dada la heterogeneidad de esta afección, es posible que ninguno ofrezca una respuesta definitiva. Mientras tanto, el juicio clínico y las posibilidades del equipo intervencionista deben guiar nuestras actitudes.

Rodrigo Estévez-Loureiro*, Berenice Caneiro-Queija,
 José Antonio Baz y Andrés Íñiguez-Romo

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo,
 Pontevedra, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: roiestev@hotm.com (R. Estévez-Loureiro).

On-line el 24 de septiembre de 2020

BIBLIOGRAFÍA

1. Kalbacher D, Schäfer U, von Bardeleben RS, et al. Impact of tricuspid valve regurgitation in surgical high-risk patients undergoing MitraClip implantation: results from the TRAMI registry. *EuroIntervention*. 2017;12:e1809–e1816.
2. Ohno Y, Attizzani GF, Capodanno D, et al. Association of tricuspid regurgitation with clinical and echocardiographic outcomes after percutaneous mitral valve repair with the MitraClip System: 30-day and 12-month follow-up from the GRASP Registry. *Eur Heart J Cardiovasc Imag*. 2014;15:1246–1255.
3. Frangieh AH, Gruner C, Mikulicic F, et al. Impact of percutaneous mitral valve repair using the MitraClip system on tricuspid regurgitation. *EuroIntervention*. 2016;11:e1680–e1686.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.09.001>
 0300-8932/

© 2020 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Protrombosis en tiempos de la COVID-19



Prothrombosis in times of COVID-19

Sr. Editor:

Leímos con especial interés el artículo de Rey et al.¹, recientemente publicado en *Revista Española de Cardiología*, sobre un caso de síndrome coronario agudo (SCA) con trombosis simultánea en 2 arterias coronarias en el contexto de enfermedad coronavírica de 2019 (COVID-19). Se presenta un caso de similares características. Se trata de un varón de 55 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, exfumador con un índice de 30 paquetes al año, enfermedad pulmonar obstructiva crónica *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) 2 A y sin historia de cardiopatía conocida, que acudió al servicio de urgencias por un cuadro de días de evolución de disnea junto con dolor torácico opresivo desde el inicio del cuadro, que a su llegada había desaparecido por completo, y ortopnea junto con tos seca en los últimos días.

En el electrocardiograma se observó un bloqueo de rama izquierda del haz de His (BRIHH) de nueva aparición que no cumplía criterios de Sgarbossa, pero había elevación de los marcadores de daño miocárdico (troponina T ultrasensible, 220 ng/l con una dinámica compatible con SCA, con la curva a las 3 h de 333 ng/l). Por otro lado, se realizó una ecoscopia a pie de cama que mostró

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.05.004>,

disfunción grave del ventrículo izquierdo con acinesia de los segmentos anteriores, laterales y posteriores, hipocinesia inferior y asincronía de la contractilidad por el BRIHH. Por último, se practicó una radiografía de tórax con un patrón intersticial e infiltrados alveolares bilaterales, compatible con infección por COVID-19 (figura 1). Se realizaron 2 PCR para COVID-19, y ambas resultaron negativas.

Se ingresó al paciente en la unidad de cuidados intensivos y se inició tratamiento médico del SCA junto con tratamiento diurético, vasodilatador e inotrópico; se realizó una coronariografía, que demostró una lesión grave en la obtusa marginal, que se revascularizó con un *stent* farmacoactivo.

Ya en planta, se realizó un ecocardiograma reglado que mostró una disfunción sistólica grave por hipocinesia general con marcada asincronía (FEVI del 29% Simpson Biplano), sin otros hallazgos de interés. *A posteriori* se realizó una cardiiorresonancia magnética, en cuyas secuencias de realce tardío llamaron la atención 2 focos de realce tardío transmural: en el eje corto, en los segmentos medio anterolateral e inferior medio y en el eje largo de 2 cámaras, en los segmentos anterior basal e inferior medio, lo que sería compatible con infartos agudos simultáneos, ya que en las secuencias de edema se demostraba infarto en dichas regiones (figura 2).

Tras la estabilización del cuadro, se decidió el alta al domicilio con tratamiento médico para el SCA y para la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida.

Posteriormente fue visto en consultas de insuficiencia cardiaca de nuestro centro, donde ha permanecido cardiovascularmente asintomático y ha recuperado parcialmente la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (40%) tras la desaparición del BRIHH.

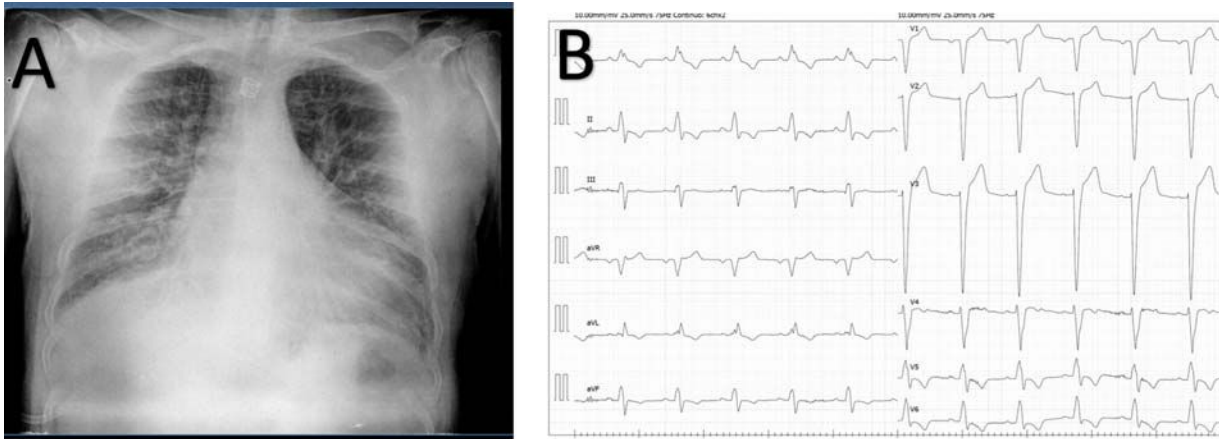


Figura 1. A: radiografía de tórax al ingreso. B: electrocardiograma al ingreso.

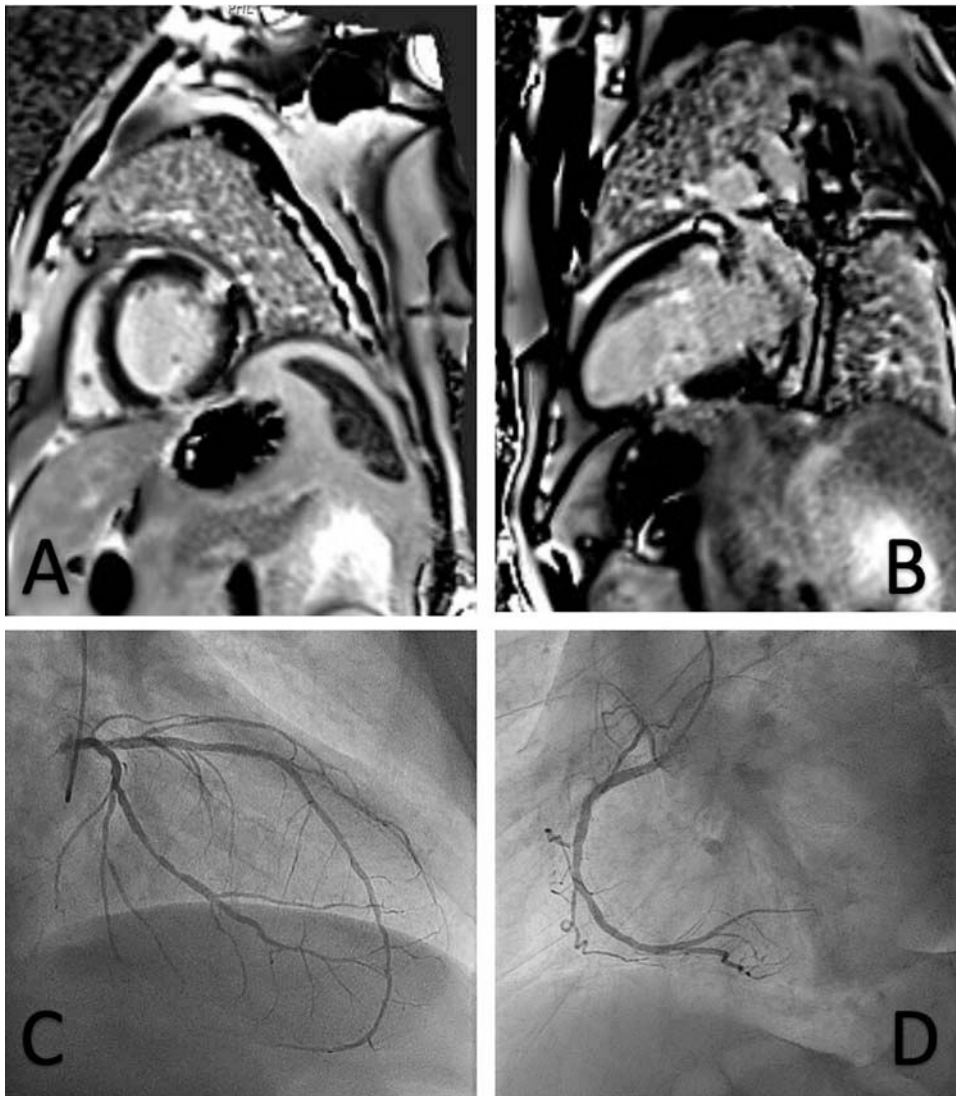


Figura 2. A: cardiorresonancia magnética, eje corto. B: cardiorresonancia magnética, eje largo. C: coronariografía izquierda. D: coronariografía derecha.

Teniendo en cuenta que la radiografía del ingreso era compatible con COVID-19 junto con infartos transmurales en territorios diferentes, se decidió realizar una nueva PCR de COVID-19 y serología mediante enzimoimmunoanálisis de adsorción (ELISA), que resultó positiva para inmunoglobulina G (IgG).

Como ya es sabido, los coronavirus y el resto de los microorganismos causantes de infecciones respiratorias agudas son desencadenantes claves del desarrollo de los SCA². Es cierto que las complicaciones más frecuentes relacionadas con este virus son el síndrome de dificultad respiratoria aguda, las infecciones secundarias, el *shock*...², pero son varios los casos de trombosis arteriales secundarias a este virus ya publicados, como en el artículo de referencia¹, puede que debido al estado de hipercoagulabilidad desencadenado por el virus, secundario entre otros a la tormenta de citocinas o la estasis sanguínea por inmovilización³.

El caso que describimos es similar al de Rey et al.¹, con la salvedad de que en la coronariografía se observó lesión grave solo en un vaso epicárdico, pero en la cardioponencia magnética realizada después se hallaron 2 infartos en territorios coronarios diferentes.

Cabe destacar la importancia de implementar técnicas de cribado y diagnósticas adecuadas para detectar a este tipo de pacientes, así como a los portadores asintomáticos (en nuestro caso, 3 PCR negativas, pero con IgG positiva para COVID-19).

Iñigo Pereiro Lili*, Ainara Lozano Bahamonde y Nora García Ibarrondo

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: inigopereiro@hotmail.com (I. Pereiro Lili).

On-line el 3 de septiembre de 2020

BIBLIOGRAFÍA

1. Rey JR, Jiménez Valero S, Poveda Pinedo D, Merino JL, López-Sendón JL, Caro-Codón J. COVID-19 y trombosis simultánea en dos arterias coronarias. *Rev Esp Cardiol*. 2020;73:676–678.
2. Madjid M, Safavi-Naeini P, Solomon SD, Vardeny O. Potential effects of coronaviruses on the cardiovascular system: a review. *JAMA Cardiol*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1001/jamacardio.2020.1286>.
3. Levi M, Thachil J, Iba T, Levy JH. Coagulation abnormalities and thrombosis in patients with COVID-19. *Lancet Haematol*. 2020;7:e438–e440.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.08.013>
0300-8932/

© 2020 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Palabras nuevas, no siempre más claras



New words, not always clearer

Sr. Editor:

Cuando algún profesional de la salud usa determinadas palabras técnicas, que escapan al *Diccionario de la lengua española* de la Real Academia Española (RAE) y originan dudas sobre su significado, es oportuno preguntar qué se quiere decir, y esto admitiendo que hay palabras de cuyo trasfondo nadie duda, como dolor, y otras, como la recurrida «fatiga», que pueden tener diferentes matices para los diferentes interlocutores. El riesgo de confusión cuando se utilizan términos imprecisos —que autor y lector pueden interpretar de manera distinta— es evidente¹.

En la redacción científica predomina el objetivo de la exactitud, que a veces se consigue con más de una palabra. O, lo que es lo mismo, no es necesario tener una palabra para todo, máxime si esta palabra no existe, ha de ser creada y requiere preguntar a qué se refiere con este término.

¿Necesitamos vasculatura cuando el propio autor² propone alternativas de más de una palabra? Utiliza vasculatura para referirse al conjunto de los vasos sanguíneos del organismo o al sistema vascular de un órgano o una zona del cuerpo. La recomendada economía del lenguaje, que podría justificar una palabra en lugar de varias, contrasta con la claridad del contenido. Y probablemente la utilización de vasculatura no estaría exenta de riesgos en el deseado lenguaje hábil para el paciente y sus familiares³. Con certeza es más comprensible musculatura que el

neologismo vasculatura, que ha de requerir un determinado recorrido antes de pasar a ser fácilmente comprendido.

Preocupa que vasculatura, integrada a la información a pacientes o familiares en consultas o salas de hospitalización, sea una palabra más de las que la mayoría de la población no conoce el significado.

Jordi Delás

Departamento de Medicina, Hospital Universitari Sagrat Cor, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

Correo electrónico: jdelas@ub.edu

On-line el 19 de septiembre de 2020

BIBLIOGRAFÍA

1. Navarro FA. La precisión del lenguaje en la redacción médica [Internet]. *Cuadernos de la Fundación Dr Antonio Esteve*. 2009. Disponible en: <https://estev.org/wp-content/uploads/2018/01/13567.pdf>. Consultado 30 Jul 2020
2. Navarro F. Vasculatura *Rev Esp Cardiol*. 2020;73:604.
3. León-González R, García-Esquinas E, Paredes-Galán E, et al. Health literacy and health outcomes in very old patients with heart failure. *Rev Esp Cardiol*. 2018;71:178–184.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.08.027>
0300-8932/

© 2020 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.