Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):623

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

IC-30. - INSUFICIENCIA CARDIACA DERECHA SECUNDARIA A INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA POR CABLE DE MARCAPASOS

J. Gallego Galiana, G. López Castellanos, M. Cobo Reinoso, V. Gómez del Olmo, F. Gioia, A. Portillo Villasmil, A. González García, L. Manzano

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Resumen

Objetivos: Describir tres casos clínicos de insuficiencia cardiaca (IC) derecha secundaria a insuficiencia tricuspídea (IT) por cable de marcapasos (MCP).

Resultados: Caso A: varón 92 años con IC en clase funcional II de la NYHA y bloqueo trifascicular sintomático con implantación de MCP en 2003. Tras recambio del generador presentó clínica progresiva de IC derecha. La radiografía (Rx) de tórax mostró derrame pleural derecho. En la toracocentesis se objetivó un líquido pleural con características de exudado (estudio citológico y microbiológico negativo) y gradiente albúmina sangre/liquido pleural de 0,9. La TAC tóracico-abdominal confirmó el derrame pleural moderado severo. Analítica sin alteraciones. Presentó mejoría lenta con tratamiento diurético y en la Rx de tórax de control resolución del derrame, asumiéndolo secundario a su IC. El ecocardiograma transtorácico (ETT) mostró una IT severa relacionada con la interferencia del cable de MCP con el velo septal. Caso B: mujer de 84 años con IC en clase funcional II de la NYHA y síndrome de bradicardia/taquicardia que precisó ablación del nodo aurículo-ventricular (AV) e implantación MCP permanente. Desde entonces manifestó clínica progresiva de IC derecha, sin mejoría con dosis crecientes de diuréticos. En la Rx de tórax se objetivó cardiomegalia y derrame pleural bilateral. El BNP aumentó drásticamente tras la implantación del MCP. El ETT demostró movimiento septal anómalo, secundario a estimulación de ventrículo derecho (VD), y cable de MCP en cavidades derechas que condiciona IT grave. Se presentó¿ en sesión médico-quirúrgica y se retiró¿ el cable de MCP endovenoso implantándose MCP epica¿rdico, con mejoría clínica posterior de la paciente. Caso C: mujer 74 años portadora de MCP VVI desde 2005 por bloqueo AV de segundo grado. Ingresó con clínica de IC derecha, siendo diagnosticada mediante ETT de IT e hipertensión pulmonar grave. Ante la ausencia de etiología cardíaca izquierda ni pulmonar, se atribuyó a una interferencia del cable de MCP, por lo que se consultó con el servicio de Cirugía Cardíaca y se retiró el cable del MCP, colocando MCP epicárdico y se realizó valvuloplastia tricuspídea. La paciente presentó múltiples complicaciones postquirúrgicas y finalmente falleció.

Discusión: La IT grave secundaria a interferencia del cable MCP, es una causa infrecuente de IC derecha progresiva, que puede complicar la evolución del paciente. En este contexto, las causas de IT pueden ser funcionales o estructurales: secundaria a asincronía ventricular (por estimulación de VD por MCP), o lesión provocada propiamente por cable de MCP, respectivamente. Existen varios mecanismos implicados en la IT por lesión estructural directa por el cable: presión sobre la valva que impide el cierre, adherencias y retracción de la valva (meses o años), atrapamiento del aparato subvalvular, perforación (aguda y grave) y dilatación del anillo secundaria a la insuficiencia que provoca el cable. La clínica consiste en IC derecha, que

puede aparecer de forma precoz, como en nuestra segunda paciente, o al cabo de años de la implantación del MCP, como en el primer y la tercera pacientes. El diagnóstico se confirma por ecocardiografía, siendo la más precisa la 3D, seguida de la transesofágica. La 2D transtorácica puede no detectarla, ya que tiene baja sensibilidad para la IT asociada a MCP. El tratamiento médico es siempre la primera opción, ya que cualquier otro manejo (recolocación del MCP o retirada del mismo colocando un MCP epicárdico, reparación o sustitución valvular) conlleva una morbimortalidad significativa.

Conclusiones: Se debe sospechar una IT severa secundaria a implantación del cable de un MCP ante todo paciente con IC derecha progresiva, sin causa aparente, especialmente en aquellos casos refractarios al tratamiento diurético habitual.

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.