

#029 | Compromiso valvular cardíaco en joven portadora de tumor neuroendócrino.

Bernardo Coria¹; Juan Montero¹; Jorge Estigarribia¹; Víctor Dayan¹

1 - Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca.

Introducción:

Los tumores neuroendocrinos (TNE) tienen una incidencia de 1 a 5 por cada 100.000 personas. La enfermedad cardíaca carcinoide (ECC) o síndrome de Hedinger es una presentación poco común del síndrome carcinoide (SC). Afecta principalmente a las válvulas cardíacas derechas. El ETT es la principal herramienta de imagen para la ECC. La insuficiencia tricuspídea es típica en casi todos los pacientes. Se presenta el caso clínico de una paciente joven, portadora de un TNE metastásico, que consulta con signos de insuficiencia cardíaca derecha descompensada.

Historia clínica:

Sexo femenino. 48 años. Fiebre reumática al año, tabaquismo de 5 cigarrillos/día. En octubre de 2021 ingresa por ascitis. Se realiza laparoscopia diagnóstica que evidencia carcinomatosis peritoneal. La anatomía patológica informa TNE, primitivo desconocido. La paciente se desvincula del sistema de salud. Evoluciona oligosintomática, con edema leve de MMII. En octubre del 2023, consulta por cuadro de IC derecha, descompensada. Se realiza TC de abdomen y pelvis que evidencia: Implantes peritoneales. Líquido de ascitis de moderada-severa entidad. No lesiones focales. Escasa respuesta a tratamiento depletivo. Se realiza un ETT que informa: VD severamente dilatado, con disfunción sistólica leve. IT severa. IP leve. Valorada por equipo multidisciplinario, se determina que el riesgo actual está signado por su cardiopatía valvular descompensada. Se coordina interconsulta con Cirugía Cardíaca. Nuevo ETT (Imagen 1) informa: Cavidades derechas severamente dilatadas. Función sistólica del VD moderadamente disminuida. Válvula tricúspide con valvas engrosadas, fijas en posición intermedia, con insuficiencia severa (libre). Válvula pulmonar con valvas engrosadas, con doble lesión a predominio de insuficiencia moderada. Hallazgos compatibles con afectación cardíaca secundaria a SC. Se plantea sustitución valvular tricuspídea. Durante el ecocardiograma transesofágico (ETE) intraoperatorio se constata IT e IP, ambas severas. Se realiza la cirugía con hipotermia leve, CEC sin clampeo aórtico. A la exploración se observan cavidades derechas severamente dilatadas, velos de ambas válvulas engrosados y retraídos. Se realiza sustitución valvular tricuspídea por bioprótesis Hancock II de 29 mm y sustitución valvular pulmonar por bioprótesis St. Jude Epic de 27 mm con ampliación del tracto de salida del VD con parche de pericardio. ETE intraoperatorio confirma ausencia de fugas valvulares, gradientes transvalvulares adecuados. Durante el perioperatorio, se utilizan análogos de somatostatina. Permanece internada 10 días (6 en UCI, 4 en cuidados moderados). Egreso a centro de referencia. Como complicaciones se destacan IRA KDIGO III, sin requerimiento de TRR. Ascitis hemorrágica que requiere evacuación.

Pruebas complementarias:

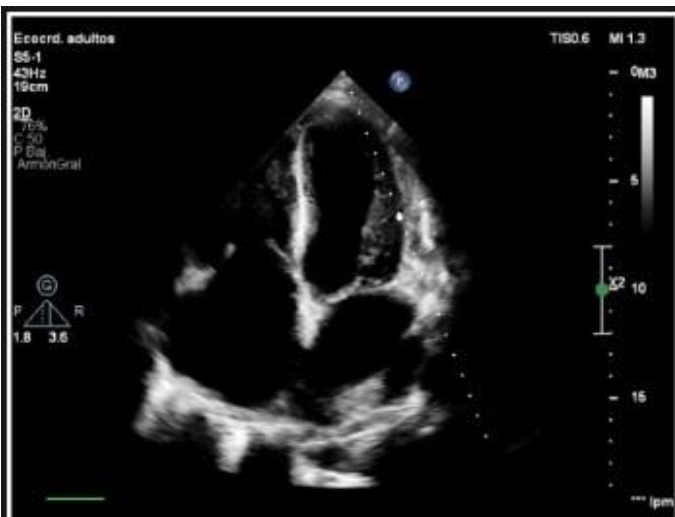


Imagen 1, A: Apical, 4 cámaras. Sístole. Velos de la válvula tricúspide inmóviles, en posición intermedia, como "palillos de tambor". Signo característico de afectación valvular por síndrome carcinóide.

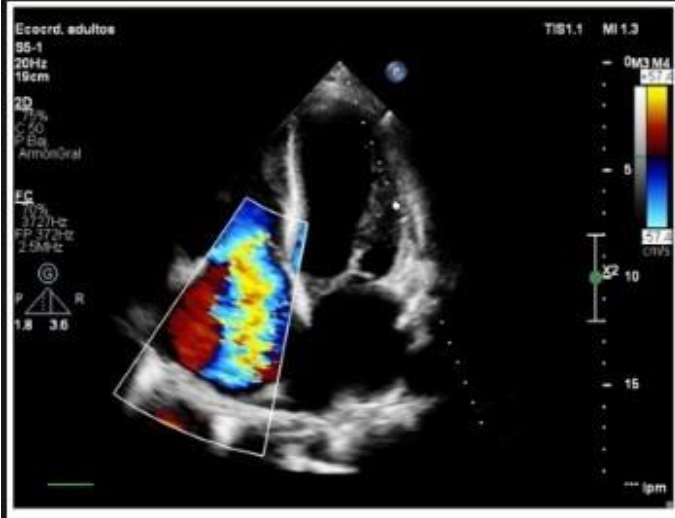


Imagen 1, B: Apical, 4 cámaras. Se visualiza flujo Doppler Color de regurgitación tricúspide que alcanza el techo de la AD, ocupando más del 50 % de su área, con efecto 'Coanda'. Se aprecia una VC > 0.7 cm.

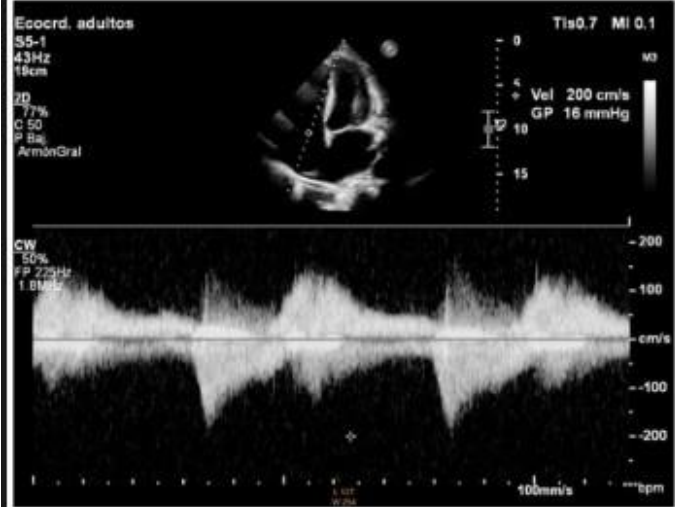


Imagen 1, C: Apical, 4 cámaras. Registro Doppler continuo donde se observa señal densa, triangular, con una velocidad transvalvular relativamente baja (2 m/s), características de IT severa.

Diagnóstico:

Enfermedad cardíaca carcinoide.

Discusión:

Emergen varias interrogantes con respecto al caso de una paciente joven, portadora de un TNE, con afectación tricuspídea y pulmonar severas, con disfunción VD, respecto al tratamiento óptimo (médico vs. quirúrgico), oportunidad, tipo de prótesis (biológicas o mecánicas), así como el manejo perioperatorio. La particularidad del caso presentado está dada por el requerimiento de una doble sustitución valvular, y el empleo de una estrategia quirúrgica sin clampeo aórtico (corazón latiendo), para disminuir el riesgo de disfunción VD e isquemia miocárdica vinculada al paro cardíaco.