

## #050 | Enfermedad cardíaca carcinoide, a propósito de un caso.

Sofía Rodríguez<sup>1</sup>; Daniela Suárez<sup>1</sup>; Ramón Scola<sup>1</sup>; Pablo Straneo<sup>1</sup>

1 - Sanatorio Americano.

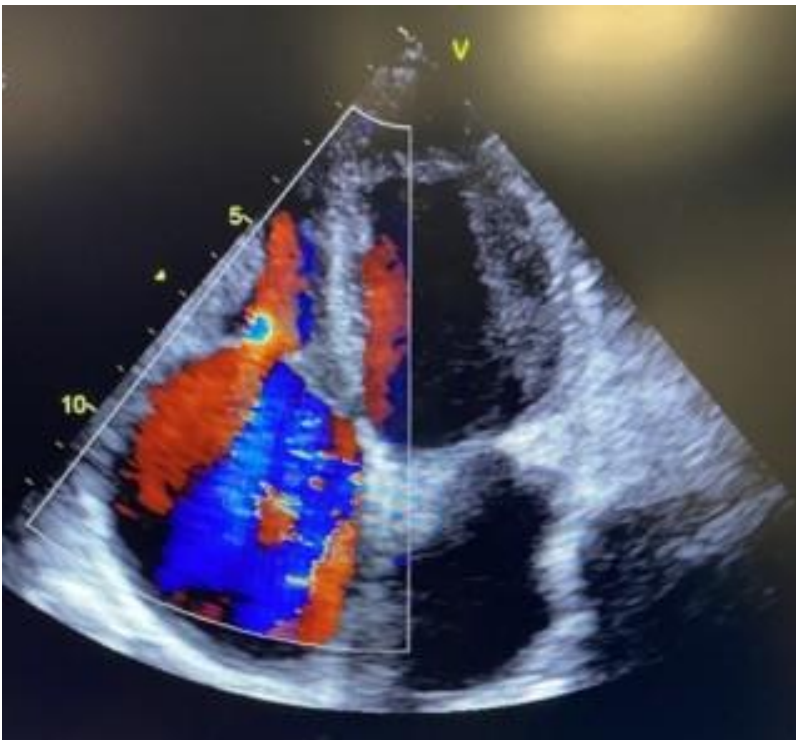
### Introducción:

El síndrome carcinoide es una manifestación de los tumores neuroendocrinos, frecuentemente gastrointestinales. Su presencia se relaciona a concentraciones elevadas de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), producto de degradación de serotonina a nivel del hígado. La afectación cardíaca es marcador de peor pronóstico, manifestándose como disfunción de válvulas cardíacas derechas, principalmente insuficiencia tricuspídea y estenosis pulmonar. Anatomopatológicamente se evidencian depósitos de matriz extracelular en el tejido valvular como respuesta al estímulo serotoninérgico, tejido particularmente susceptible a estos estímulos. La importancia de la cirugía de sustitución valvular radica en mejorar los síntomas y sobrevivir a corto plazo. Definir la oportunidad quirúrgica es fundamental. El acto quirúrgico se considera factor desencadenante de crisis carcinoide, provoca liberación excesiva de serotonina y desencadena respuestas vasoactivas inadecuadas como hipotensión severa. El tratamiento con análogos de la somatostatina es clave para un control hemodinámico durante todo el proceso perioperatorio y así prevenir una crisis carcinoide, causa principal de muerte.\

### Historia clínica:

Sexo femenino, 46 años.AP: Cáncer de tiroides, hipotiroidismo quirúrgico. HA. Tumor neuroendócrino de bajo grado NET II, secundarismo hepático. Disnea de esfuerzo CFNYHA II-III, edemas de miembros inferiores, hepatalgia.\

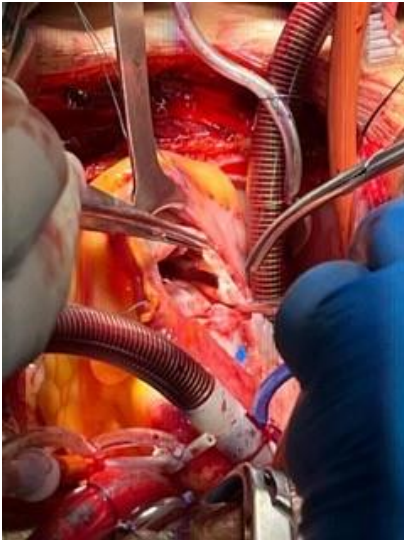
### Pruebas complementarias:



ETT: Válvula tricúspide con dilatación anular 33 mm, déficit total de coaptación, engrosamiento y movimiento restrictivo de sus velos, a predominio septal. Determina doble lesión valvular a predominio de insuficiencia severa (ORE 0.8, VC 7 mm), estenosis moderada-severa THP 1.4 m<sup>2</sup>,

GM 5 mmHg. VD de dimensiones normales con infiltración de la pared ventricular. TAPSE 30 mm. FEVI 55%. Cateterismo cardíaco derecho: Resistencia vascular pulmonar y sistémica aumentadas, 122 dinas/seg/m<sup>2</sup> y 2846 dinas/seg/m<sup>2</sup> respectivamente. Presión del VD normal. IxC disminuido 1,3 lt/min/m<sup>2</sup>, GC 2,0 lt/min.

### Diagnóstico:



Insuficiencia tricuspídea severa de etiología carcinoide.

### Discusión:

Durante el periodo perioperatorio se indicó Octreotide, fármaco análogo de la Somatostatina, con la finalidad de prevenir las crisis carcinoide. Se administraron 12 horas previas al procedimiento 50 mcg/h de Octeotride mediante infusión continua, se duplicó la dosis en el preoperatorio inmediato y se alcanzaron dosis de 200 mcg/h previo a ingreso a CEC, manteniéndose esa dosis hasta 72 horas posteriores a la cirugía. A nivel anestésico se utilizaron fármacos no liberadores de histamina como Fentanyl, Etomidato, Rocuronio y Remifentanilo. La hipotensión es el problema más frecuente, se trató con vasopresores y volumen, sabiendo que el uso combinado con Octeotride ayuda a restaurar la inestabilidad cardiovascular. Se realizó cirugía de sustitución valvular tricuspídea con CEC y clampeo aórtico. A nivel valvular se observó acortamiento de cuerdas tendinosas, retracción y engrosamiento de los velos, principalmente el velo septal se encontraba plegado y adherido a la pared ventricular, infiltrando la misma. Un gran defecto de coaptación central se evidenció como principal causa de insuficiencia tricuspídea. Se removió tejido valvular y se implantó bioprótesis Hancock N°27 mm. Se corroboró correcto funcionamiento valvular mediante ETE intraoperatorio. En el postoperatorio se obtuvo buena evolución lo que permitió extubación precoz y descenso de vasopresores. Se descaló paulatinamente la dosis de Octeotride a 100 mcg/h y posteriormente 50 mcg/h, finalizando con la infusión al quinto día. La paciente fue dada de alta a los 6 días postoperatorio.