

Paciente masculino de 41 años portador de DAVD con CDI que debe extraerse por infección del bolsillo y desarrollo de insuficiencia tricuspídea severa – 2015

Dr. Pablo Viana

Estimados colegas. Agradezco vuestras opiniones sobre el siguiente caso.

41 años, varón, displasia del VD. CDI en 2009 por TV monomorfa. Cambio de generador por ERI hace 25 días. Ingresó a los 10 días por infección del bolsillo a SAMS. Hemocultivos negativos, eco sin vegetaciones.

Se coordinó para extracción con vainas. Intraprocedimiento hipotensión severa. Se comprueba insuficiencia tricuspídea aguda severa con flail por rotura de músculo papilar. Sale extubado, hemodinamia estable. Se mantiene hiperdinámico, sin signos de hipertensión venosa sistémica. ¿Qué conducta adoptarían con la IT: ¿plastia, sustitución, observación de la evolución? ¿Y el reimplante?

Muchas gracias por sus opiniones.

Pablo Viana

OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Dr Viana

Este es un caso complejísimo, para el cual NO hay una solución única ni mágica. ¿Dónde está internado el paciente?

1. La reparación de la tricúspide o su reemplazo, en el curso de la infección es desaconsejable. Se puede vivir sin tricúspide, eso le daría tiempo a la recuperación total del paciente antes de tomar la decisión final.
2. Es necesario tener una RNM actualizada (ahora que Ud retiró el CDI) y es necesario saber si hay infiltración a nivel de la válvula tricúspide, porque en caso de programar una plástica o un reemplazo, debe saber si el tejido circundante está comprometido por la DAVD.
3. El reimplante, también puede esperar, por el momento, se puede dar amiodarona de manera transitoria para prevención de arritmias ventriculares.
4. El reimplante depende de la decisión a tomar con la válvula, ya que si va a bioprótesis o plastia, no habrá inconvenientes, pero si va a mecánica, entonces el CDI debiera ser un subcutáneo, para evitar el catéter endocárdico atravesando la válvula mecánica.
5. Es decir, primero decidir sobre la VT, luego programar el reimplante 6 semanas posteriores a la extracción y con cobertura antibiótica amplia.
6. Este caso nunca me tocó, nuestras extracciones se hacen todas por láser. Las complicaciones, incluyendo muerte intraoperatoria son < 2%.
7. Este caso es por lejos, el más complejo planteado en el FIAI y merecería, a mi entender, dos cosas:
 - A. Edgardo, si el Dr Viana está de acuerdo, subir el caso a Twitter
 - B. Invitar al Dr Viana a presentarlo en Junio 2016 en Mallorca (no tenemos fondos para cubrir su viaje, pero si Ud puede hacerlo, sería un tremendo placer ver las imágenes, escuchar la resolución del caso, etc)

Saludos y gracias por compartir tremendo caso con nosotros

Adrián Baranchuk

Estimado Dr. Baranchuk

Muchas gracias por su respuesta.

El paciente se encuentra internado en el Sanatorio Americano en Montevideo, Uruguay.

Las aguas están divididas en lo que respecta a la conducta, y no se si decir afortunadamente, nunca nos había sucedido tener que asistir a un paciente tan complejo. Lo venimos discutiendo con todo el equipo (médicos y cirujanos) de nuestro Centro Cardiológico. Como le decía estamos quienes pensamos que se debería ir a la reparación o eventual bioprótesis y posterior implante de CDI, y en la otra cancha quienes quieren implantar el CDI y hacer un seguimiento evolutivo de la IT. Es de orden también decir que el paciente quiere ir a cirugía.

Con respecto a la RMN (como ya mencioné en otro caso que compartí con ustedes yo no soy especialista en imágenes) le transmito lo que me contestaron cuando post extracción la solicité. Me dicen que con la FC elevada que mantiene el paciente (no baja de 90 cpm) no es posible obtener buenas imágenes (sic)

El paciente recibe sotalol y a pesar de ello ha tenido un par de terapias apropiadas en estos 6 años. ¿Ud sugiere que igualmente pasemos a amiodarona? ¿Sola o con el agregado de algún beta bloqueante?

Una vez más muchas gracias por sus comentarios.

Pablo Viana

Buen día Dr Pablo; tenemos un caso parecido, insuficiencia tricuspídea post extracción de electrodos de marcapaso, una insuficiencia tricuspídea severa, esa paciente tiene un año sin cirugía siendo acompañada por mi persona, por fortuna la indicación de estimulación cardíaca de esa paciente a mi parecer era dudosa y la tenemos sin estimulación. Si tu paciente está estable me gusta la conducta del implante de DAI subcutáneo luego del tratamiento completo con antibióticos para la endocarditis, nosotros estamos haciendo extracciones sin láser, a duras penas tenemos vainas que reusamos, no tenemos DAI subcutáneo, muchas veces ni antibióticos tenemos, pero lo que si siempre tenemos es la voluntad, creatividad y las ganas de trabajar para resolver situaciones con lo poquito de material médico que nos queda, si te puede servir mi única experiencia de insuficiencia tricuspídea severa post extracción allí la tienes, evoluciona estable, sin cirugía, tiene 76 años y es madre de médico oncólogo que trabaja en el mismo centro donde yo laboro, ese caso casi me vuelve loco.

Carlos Rodríguez Artuza

Maracaibo Venezuela

Hola Carlos

Tu caso demuestra lo que decía que se puede vivir sin válvula tricúspide.

El tema aquí se complica por la enfermedad de base, que es progresiva. Esto NO es un infarto cicatriz y ya. Es una enfermedad que avanza, por lo que la cirugía de la VT se debe pensar en este contexto.

El CDI es prevención secundaria, o sea, un CDI debe recibir. Idealmente un subcutáneo, y si no se puede, pues entonces luego del tratamiento antibiótico, prueba de esfuerzo y si la tolerancia es adecuada, CDI de simple cámara endocárdico y evolución ajustada.

Sin CDI no puede quedar.

Adrián Baranchuk

Queridos amigos:

El caso de Pablo Viana es un buen motivo para leer esta actualización en el blog de la SEC

<http://secardiologia.es/multimedia/blog/6872-tratamiento-percutaneo-de-la-insuficiencia-tricuspid-severa>

Un abrazo

Edgardo Schapachnik