

Fig. 1.

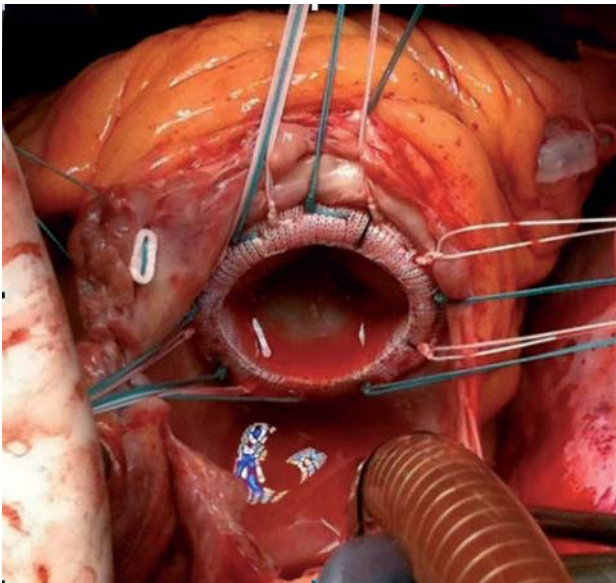


Fig. 3.

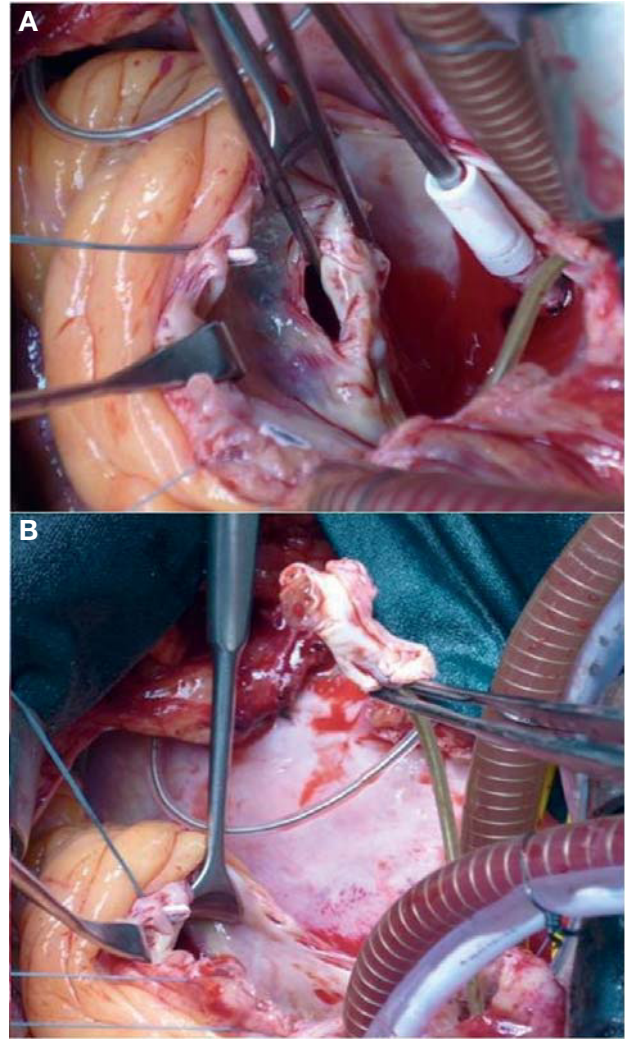


Fig. 2.

Estenosis valvular tricúspide asociada a cable de marcapasos

Mujer de 59 años con historia de implantación de marcapasos definitivo endocavitario por bloqueo auriculoventricular completo en 1982. En 1991 presentó trombosis de vena cava, que originó un síndrome de vena cava superior y requirió de la colocación de un *stent* autoexpandible. En 1996 presentó estenosis de la vena subclavia izquierda y tromboembolia pulmonar en 2003, todo atribuido al efecto local del cable de marcapasos, por lo que se implantó un nuevo electrodo epicárdico en 2003, pero fue imposible retirar el cable de marcapasos inicial. Entonces se inició anticoagulación oral.

Derivada a nuestro servicio porque sufría disnea de grado III (NYHA) desde 1 año antes, se objetivó mediante ecocardiografía estenosis tricuspídea severa y como mecanismo desencadenante la fibrosis y la calcificación de la válvula por el cable del marca-

pasos a su paso por el velo septal; se obtuvo un gradiente máximo de 11 mmHg, un gradiente medio de 7,7 mmHg y un área de 0,76 cm² (fig. 1).

En la intervención, hallamos una válvula tricúspide muy desestructurada, con estenosis severa por fusión de comisuras y engrosamiento del aparato subvalvular (fig. 2A), y se apreciaba que el cable se encontraba incluido en uno de sus velos (fig. 2B), con lo que se hacía imposible cualquier intento de reparación. Se optó por sustituir la válvula por una prótesis biológica Carpentier Perimount 25 mm (fig. 3), dados los antecedentes tromboembólicos de la paciente y el menor perfil trombogénico de este tipo de prótesis. La paciente fue dada de alta a los 7 días con una ecocardiografía que mostraba una prótesis normofuncionante.

Enrique Villagrán, Jacobo Silva
y José E. Rodríguez

Servicio de Cirugía Cardiovascular. Hospital Clínico San Carlos.
Madrid. España.