

Estenosis tricuspídea

Fecha de la última revisión: **08/03/2013**

Índice de contenidos

1. [¿Por qué aparece?](#)
2. [¿Cómo la diagnosticamos?](#)
3. [¿Cuándo y cómo tratar?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

¿Por qué aparece?

Es casi exclusivamente reumática, se observa raramente en países industrializados, aunque prevalece en países en desarrollo. Su detección requiere evaluación cuidadosa, se asocia casi siempre con lesiones de válvulas izquierdas, sobre todo EM, que la preceden y dominan la presentación.

¿Cómo la diagnosticamos?

Síntomas: a veces la ET puede disimular las características clínicas y hemodinámicas de la EM: congestión pulmonar que mejora. La clínica habitual de la ET consiste en disnea relativamente leve en comparación con la congestión venosa sistémica (ascitis, edemas, hepatomegalia), y fatiga secundaria a bajo gasto cardíaco.

Semiología: puede sospecharse por una onda **a** gigante y ralentización del descenso **y** en el pulso yugular. A la auscultación se puede apreciar un chasquido de apertura tricuspídea y un retumbo de llenado, con acentuación del componente presistólico si hay ritmo sinusal. Aunque puede perderse en la insuficiencia cardíaca avanzada, la semiología acústica aumenta en los primeros ciclos que siguen a la inspiración (signo de Rivero-Carballo). Suele coexistir semiología mitral y/o aórtica.

EKG (EM + ET): signos de hipertrofia de AD pero no de VD a pesar de EM.

Radiografía de tórax (EM + ET): aumento de AD y vena cava superior con menos congestión pulmonar que en EM aislada.

Ecocardiografía Doppler: prueba complementaria más útil, permite diagnóstico, evaluación de la anatomía valvular y del aparato subvalvular, y valoración del grado de IT asociada. El método de hemipresión para evaluar la gravedad de la ET es menos válido que para la EM, y la ecuación de continuidad raramente se puede aplicar debido a la frecuente presencia de regurgitación asociada. La planimetría del área valvular casi siempre es imposible porque requiere el uso de ecocardiograma 3D. Un gradiente medio ≥ 5 mmHg a una frecuencia cardíaca normal se considera indicativo de ET clínicamente significativa. El ecocardiograma debe también examinar la presencia de fusión comisural, la anatomía de la válvula y el aparto subvalvular (que son los determinantes más importantes de la reparabilidad) y el grado de IT concomitante.

¿Cuándo y cómo tratar?

Opciones:

1. **Cirugía.** La falta de flexibilidad del tejido limita las técnicas reparadoras. En caso de sustitución valvular se prefieren las prótesis biológicas a las mecánicas por el menor riesgo de trombosis y su duración satisfactoria a largo plazo en posición tricúspide.
2. **Intervención percutánea.** La dilatación tricuspídea percutánea con balón se ha realizado en pocos casos, pero con frecuencia induce IT significativa. Hay pocos datos que evalúen los resultados a largo plazo.

Indicaciones de intervención (tabla 1). Se suele llevar a cabo a la vez que se intervienen otras válvulas en pacientes que continúan sintomáticos a pesar del tratamiento médico. La cirugía conservadora o el reemplazo valvular (dependiendo de la anatomía y experiencia quirúrgica en reparación valvular) es preferible a la valvuloplastia con balón, que solo puede ser indicada como abordaje inicial en los raros casos de ET aislada (Vahanian A, 2012).

Tratamiento médico. En caso de insuficiencia cardíaca los diuréticos son útiles pero de eficacia limitada. Debe realizarse profilaxis de endocarditis cuando sea oportuno. Diuréticos si hay signos de congestión, y tratamiento específico de la enfermedad subyacente.

Tabla 1. Indicaciones de intervención en la estenosis tricuspídea (Vahanian A, 2012)

Recomendado
Cirugía está indicada en pacientes con ET severa, sintomática. ¹
Cirugía está indicada en pacientes con ET severa que requieren cirugía valvular izquierda.
¹ El abordaje percutáneo puede ser primera elección si la ET es aislada. Modificado de GPC de ESC 2012.

Bibliografía

- American College of Cardiology; American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to revise the 1998 guidelines for the management of patients with valvular heart disease); Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K, de Leon AC Jr, Faxon DP, et al. ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart

Association Task Force on Practice Guidelines (writing Committee to Revise the 1998 guidelines for the management of patients with valvular heart disease) developed in collaboration with the Society of Cardiovascular Anesthesiologists endorsed by the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions and the Society of Thoracic Surgeons. J Am Coll Cardiol. 2006;48(3):e1-148. PubMed **PMID: 16875962. Texto completo**

- Azpitarte J, Alonso AM, García Gallego F, González Santos JM, Paré C, Tello A. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en valvulopatías. Rev Esp Cardiol. 2000;53(9):1209-78. PubMed **PMID: 10978237. Texto completo**
- Bekerredjian R, Grayburn PA. Valvular heart disease: aortic regurgitation. Circulation. 2005;112(1):125-34. PubMed **PMID: 15998697. Texto completo**
- Borer JS, Bonow RO. Contemporary approach to aortic and mitral regurgitation. Circulation. 2003;108(20):2432-8. PubMed **PMID: 14623790. Texto completo**
- Braunwald E, Zipes DP, Libby P. Braunwald's Cardiología. El libro de la medicina cardiovascular. 6ª ed. Madrid: Marbán S.L.; 2004. ISBN 13: 978-84-7101-432-0.
- Carabello BA, Crawford FA Jr. Valvular heart disease. N Engl J Med. 1997;337(1):32-41. PubMed **PMID: 9203430**
- Chirillo F, Salvador L, Cavallini C. Medical and surgical treatment of chronic mitral regurgitation. J Cardiovasc Med (Hagerstown). 2006;7(2):96-107. PubMed **PMID: 16645368**
- Fuster V, Alexander RW, O'Rourke RA. Hurst. El corazón. Manual de Cardiología. 10ª ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2002. ISBN 13: 978-84-486-0458-5.
- Joint Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC); European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), Vahanian A, Alfieri O, Andreotti F, Antunes MJ, Barón-Esquivias G, et al. Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012). Eur Heart J. 2012;33(19):2451-96. doi: 10.1093/eurheartj/ehs109. PubMed **PMID: 22922415. Texto completo**
- Kasper DL, Fauci AS, Longo DL, Braunwald E, Hauser SL, Jameson JL, editores. Harrison. Principios de Medicina Interna. 16ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2006. ISBN 13: 978-84-486-0665-7.
- Vahanian A, Baumgartner H, Bax J, Butchart E, Dion R, Filippatos G, et al.; Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology; ESC Committee for Practice Guidelines. Guidelines on the management of valvular heart disease: The Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology. Eur Heart J. 2007;28(2):230-68. PubMed **PMID: 17259184. Texto completo**
- Zoghbi WA, Enriquez-Sarano M, Foster E, Grayburn PA, Kraft CD, Levine RA, et al.; American Society of Echocardiography. Recommendations for evaluation of the severity of native valvular regurgitation with two-dimensional and Doppler echocardiography. J Am Soc Echocardiogr. 2003;16(7):777-802. PubMed **PMID: 12835667**

Más en la red

- Grimaldi A et al. Cardiac Valve Involvement in Systemic Diseases: A Review. Clin Cardiol. 2013 Feb 13. doi: 10.1002/clc.22099. PubMed **PMID: 23408535.**
- Irwin RB et al. Tricuspid regurgitation: contemporary management of a neglected valvular lesion. Postgrad Med J. 2010 Nov;86(1021):648-55. doi: 10.1136/pgmj.2009.090886. PubMed **PMID: 20956397.**
- **Tricuspid Valve Disease.** Cleveland Clinic.

Autores

■ José María Cubero Gómez	Médico Especialista en Cardiología (1)
■ Isabel Melguizo Moya	Médico Especialista en Medicina Interna (2)
■ Rocío Gómez Herreros	Médico Especialista en Medicina Interna (2)
■ Mª Asunción Navarro Puerto	Médico Especialista en Medicina Interna (2)

(1) UGC Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, España.
(2) UGC Medicina Interna. Hospital Universitario de Valme. Sevilla, España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

