

Insuficiencia tricuspídea

Fecha de la última revisión: 03/07/2013

Índice de contenidos

- 1. ¿De qué hablamos?
- 2. ¿Cómo la diagnosticamos?
- 3. ¿Cuál es la evolución y el pronóstico?
- 4. ¿Cuándo y cómo tratar?
- 5. Bibliografía
- 6. Más en la red
- 7. Autores

¿De qué hablamos?

La regurgitación o insuficiencia tricuspídea (IT) puede estar hasta en el 70% de los adultos sanos como hallazgo ecocardiográfico. En la mayor parte de las ocasiones la IT es de causa funcional y acompaña a otras enfermedades valvulares.

La IT primaria supone menos de 8% de las causas. La IT funcional o secundaria se produce por dilatación del anillo valvular como consecuencia de la sobrecarga de presión y/o volumen del ventrículo derecho (VD) (Catherine M, 2012) (tabla 1).

Tabla 1. Causas de IT	
Primaria	Funcional
Enfermedad reumática	Valvulopatía mitral
Endocarditis infecciosa o marántica, fiebre reumática	Estenosis valvular pulmonar
Síndrome carcinoide	Hipertensión pulmonar de cualquier etiología >50 mmHg
Artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico	Miocardiopatía dilatada
Postradioterapia	Infarto del VD
Lesión directa de la válvula por implantación de marcapasos o desfibrilador	Depresión de la FEVI
Anorexígenos, antiparkinsonianos (fenfluramina, pergolida, etc.).	Dilatación de la aurícula derecha de cualquier causa
Síndrome de Marfan	EPOC, Cor pulmonale de cualquier causa, tromboembolismo pulmonar
Prolapso valvular por degeneración mixomatosa	Síndrome de Eisenmenger
Isquemia de los músculos papilares	Hipertiroidismo
Congénitas: Síndrome de Ebstein, válvula hendida por malformación del canal AV	Comunicación interventricular

Fisiopatológicamente en la IT existe un reflujo de sangre del VD hacia la aurícula derecha (AD) durante la sístole, con lo que va aumentando de forma progresiva la presión venosa (PV) apareciendo los signos y síntomas de insuficiencia cardíaca del lado derecho (ICD). El aumento de la PV y volumen del VD, produce finalmente una disfunción sistólica del VD con descenso del gasto cardíaco (GC).

¿Cómo la diagnosticamos?

Con mucha frecuencia en la IT no hay síntomas y predominan los de las enfermedades asociadas. La IT grave puede ser bien tolerada durante un largo periodo de tiempo. De existir, la clínica habitual es de congestión venosa sistémica (hepatomegalia, ascitis, derrame pleural, edemas) y de reducción de GC. En pacientes con hipertensión pulmonar e IT disminuyen los síntomas de congestión pulmonar pero aumenta la ICD. Es habitual la fibrilación auricular.

En la exploración física se puede sospechar por una onda v prominente en el pulso yugular y auscultación de un soplo regurgitante, que aumenta con la inspiración, en la parte baja de la región paraesternal izquierda. Si la regurgitación es grave se produce un soplo de llenado y expansión sistólica hepática. En casos extremos se puede apreciar un pseudoexoftalmos, pulsatilidad de venas varicosas, o danza en el cuello producida por una gran onda v. Si existe gran dilatación del VD, el soplo de IT se localiza en el apex. En casos moderados o graves, la IT puede no presentar la semiología clásica.

En el **ECG** existen datos de hipertrofia o infarto del VD.

En la **Rx de tórax** puede apreciarse aumento de la AD y VD.

La técnica de elección es la **ecocardiografía**. Permite valorar la repercusión anatomo-funcional sobre las cavidades derechas e izquierdas, precisar si existe gradiente diastólico y la medida combinada de la presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP), el área de los velos y la circunferencia del anillo tricúspide, lo que mejora la precisión de la valoración clínica. Una PSAP >55 mm Hg puede producir IT con una válvula anatómicamente normal, mientras que la IT con una PSAP <40 mm Hg suele reflejar una anómala estructura valvular. Una anchura vena contracta >0,7 cm y flujo sistólico invertido en venas hepáticas indica IT grave.

La **resonancia magnética** puede proporcionar información útil adicional de tamaño y función de VD y está indicada en aquellos casos donde la ecocardiografía no ofrece datos concluyentes por distintos motivos.

El **cateterismo** generalmente no es necesario. Puede ser útil en casos seleccionados para evaluar la hipertensión pulmonar asociada a la arteria pulmonar o enfermedad del corazón izquierdo (Bonow RO, 2008; Vahanian A, 2012; Azpiarte J, 2000).

¿Cuál es la evolución y el pronóstico?

Pacientes con IT grave de cualquier causa tienen mal pronóstico a largo plazo por disfunción del VD y/o de la congestión venosa sistémica. Los pocos datos disponibles de IT primaria lo sugieren, incluso siendo bien tolerada funcionalmente durante años. La IT funcional puede disminuir, desaparecer o persistir cuando el fallo del VD mejora con el tratamiento de su causa, incluso tras la corrección exitosa de las lesiones del lado izquierdo. Predecir su evolución es difícil, aunque la aplicación intraoperatoria de la ecocardio transesofágica ha permitido refinar las técnicas y optimizar resultados. Factores predictivos para la persistencia o empeoramiento tardío de la IT son: hipertensión pulmonar, aumento de la presión y tamaño de VD, reducción de la función del VD, diámetro del anillo tricúspide y asociación con enfermedad orgánica de la válvula mitral (Catherine M, 2012).

¿Cuándo y cómo tratar?

Cuando existen signos y síntomas de IC el tratamiento se basa en los diuréticos. Es fundamental el tratamiento específico de la enfermedad de base en los casos de IT funcional. Si existe una IT leve en un paciente sano no es necesario el seguimiento ni la profilaxis de endocarditis.

La **anuloplastia** se considera una cirugía conservadora, con incidencia de IT residual del 10% a los 5 años con anillos protésicos y del 20-35% con la técnica de la puntada.

La **reconstrucción valvular y de la cuerda** puede intentarse en algunos casos de IT debida a endocarditis o al trauma producido al implantar un marcapasos o desfibrilador.

La **sustitución valvular** tiene una mortalidad operatoria del 7-40% según las series. La supervivencia a 10 años llega al 30-50%, siendo factores predictores la clase funcional, la función del VI y del VD y las complicaciones protésicas. La experiencia actual favorece el uso de bioprótesis sobre válvulas mecánicas.

El momento y la técnica adecuados siguen siendo controvertidos (tabla 2). En general, la cirugía conservadora es preferible a la sustitución valvular si es técnicamente posible, y debe realizarse pronto para evitar una disfunción irreversible del VD. Cuando los velos están alterados suele ser necesaria la sustitución valvular.

La reoperación sobre la válvula tricúspide en casos de persistencia de IT tras la cirugía de la válvula mitral supone un alto riesgo debido principalmente a la condición clínica de los pacientes y puede tener resultados a largo plazo pobres por la presencia de disfunción irreversible de VD antes de la reoperación. Por ello la necesidad de corregir IT se considera a la vez que la corrección quirúrgica de las lesiones valvulares del lado izquierdo. En estas circunstancias se recomienda corregir IT grave, y sería razonable o recomendable corregir IT de menor grado cuando hay hipertensión pulmonar o dilatación grave del anillo (diámetro >40 mm ó >21 mm/m² área de superficie corporal), y cuando tiene un origen orgánico. En caso de persistencia o recurrencia de IT grave a pesar de tratamiento médico tras cirugía mitral, la operación aislada de la válvula tricúspide debería considerarse en ausencia de disfunción valvular izquierda, miocárdica o de VD.

La cirugía limitada a la válvula tricúspide puede considerarse en pacientes con IT grave por endocarditis o trauma que permanecen sintomáticos, o en aquellos con síntomas leves o sin síntomas pero con signos objetivos de disfunción del VD.

En pacientes con defectos de conducción asociados se recomienda colocar un electrodo epicárdico permanente durante la cirugía para evitar tener que pasar más tarde un cable transvenoso a través de la prótesis.

Tabla 2. Indicaciones de cirugía de la IT (Modificada de GPC de SEC 2012)	
Recomendada	
En pacientes con IT severa, primaria o secundaria, que van a ser sometidos a cirugía valvular izquierda.	
En pacientes sintomáticos con IT primaria severa aislada sin disfunción severa del VD.	
Razonable/debe considerarse	
En pacientes con IT primaria moderada que van a ser sometidos a cirugía valvular izquierda.	
En pacientes con IT secundaria, leve o moderada, con dilatación del anillo valvular (≥40 mm ó >21 mm/m ²) que van a ser sometidos a cirugía valvular izquierda.	
En pacientes asintomáticos o levemente sintomáticos con IT severa primaria aislada y progresiva dilatación o deterioro de la función del VD.	
Después de una cirugía valvular izquierda, la cirugía podría ser considerada en pacientes con IT severa en aquellos pacientes que están sintomáticos o han tenido progresión de la dilatación o disfunción del VD, en ausencia de disfunción de las válvulas izquierdas, severa disfunción del VI o VD y ausencia de enfermedad vascular pulmonar.	

Bibliografía

- 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**
- Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K, de Leon AC Jr, Faxon DP, Freed MD, et al.; 2006 Writing Committee Members; American College of Cardiology/American Heart Association Task Force. 2008 Focused update incorporated into the 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): endorsed by the Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. Circulation. 2008;118(15):e523-661. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190748. PubMed **PMID: 18820172. Texto completo**
- Otto CM. Etiology, clinical features and evaluation of tricuspid regurgitation [Internet]. En Walthman MA: Uptodate; 2012 [acceso 4/3/2013]. Disponible en: **<http://www.uptodate.com>**
- Otto CM. Management and prognosis of tricuspid regurgitation [Internet]. En Walthman MA: Uptodate; 2012 [acceso 4/3/2013]. Disponible en: **<http://www.uptodate.com>**

• 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](#)

Más en la red

• American College of Cardiology/American Heart Association Task Force. 2008 Focused update incorporated into the 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): endorsed by the Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. Circulation. 2008 Oct 7;118(15):e523-661. PubMed [PMID: 18820172](#)

• Joint Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC); European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012). Eur Heart J. 2012 Oct;33(19):2451-96. PubMed [PMID: 22922415](#)

Autores

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

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

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](#) |

