

Documento histórico

La anuloplastia selectiva, regulable y permanente. Una técnica original para el tratamiento de la insuficiencia tricúspide

Norberto González de Vega

*Revista Española Cardiología, Vol. XXV
Noviembre-Diciembre, 1972, 555-6 (Reproducción)*

En el tratamiento de las valvulopatías reumáticas es cada día más frecuente la actuación sobre la válvula tricúspide. El despreciar, como se hacía antes, las lesiones de esta válvula, conduce a un aumento de la mortalidad postoperatoria o a resultados poco brillantes en el mejor de los casos. Aun admitiendo que la sustitución valvular es necesaria en algunos casos, la especial anatomía de la válvula tricúspide, así como su especial enfermedad, permiten el empleo de técnicas más conservadoras. De las existentes, todas llevan aparejadas uno o varios de los siguientes inconvenientes:

- Producir cierto grado de mutilación del aparato valvular.
- Dar lugar a recidivas.
- Ser poco reproducible.
- Introducir material protésico susceptible de producir trombos.
- Convertir el flexible y esfinteriano anillo valvular en un orificio rígido.

La técnica ideada por nosotros consigue, creemos, obviar estos inconvenientes y reunir las dos características que consideramos precisas en cualquier nueva técnica quirúrgica: ser inocuo y fácilmente reproducible.

Los fundamentos de la técnica son los siguientes:

- La insuficiencia tricúspide (IT) suele producirse por una dilatación selectiva de una parte del anillo tricúspide, en íntima relación con la pared libre del ventrículo derecho (VD), zona en la que se insertan las valvas anterior y posterior del aparato tricúspide.

- Es posible reducir progresiva y permanentemente dicha dilatación sin dañar las estructuras vecinas, las valvas y la arteria coronaria derecha (Figs. 1, 2 A y B).

Para conseguirlo, basta respuntar la zona dilatada del anillo con dos suturas (Telftec 00) en paralelo, pasadas en sus extremos a través de pequeños cuadros de teflón, y anudar simultáneamente hasta conseguir la competencia valvular deseada (Figs. 3 A y B, y 4 A y B).

La reducción así conseguida y la desaparición consecuente de la insuficiencia valvular queda permanentemente mantenida por las mismas suturas, que impiden una dilatación ulterior del anillo y respetan la flexibilidad y la movilidad del mismo.

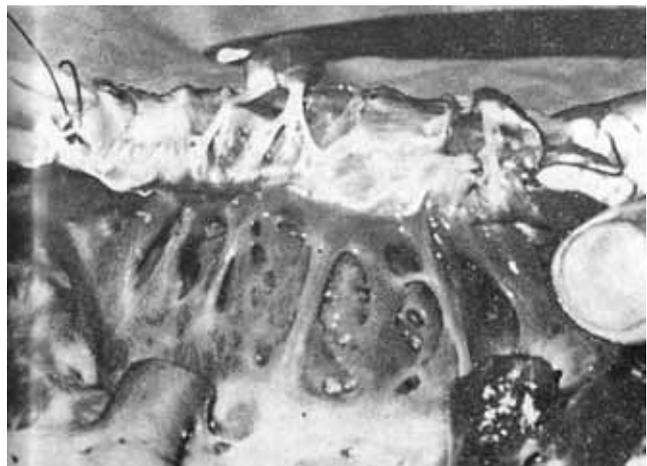


Figura 1.

Correspondencia:
Norberto González de Vega Sanromán
María Orueta 14
El Olivar
29620 Torremolinos, Málaga
E-mail: ndevega@telefonica.net

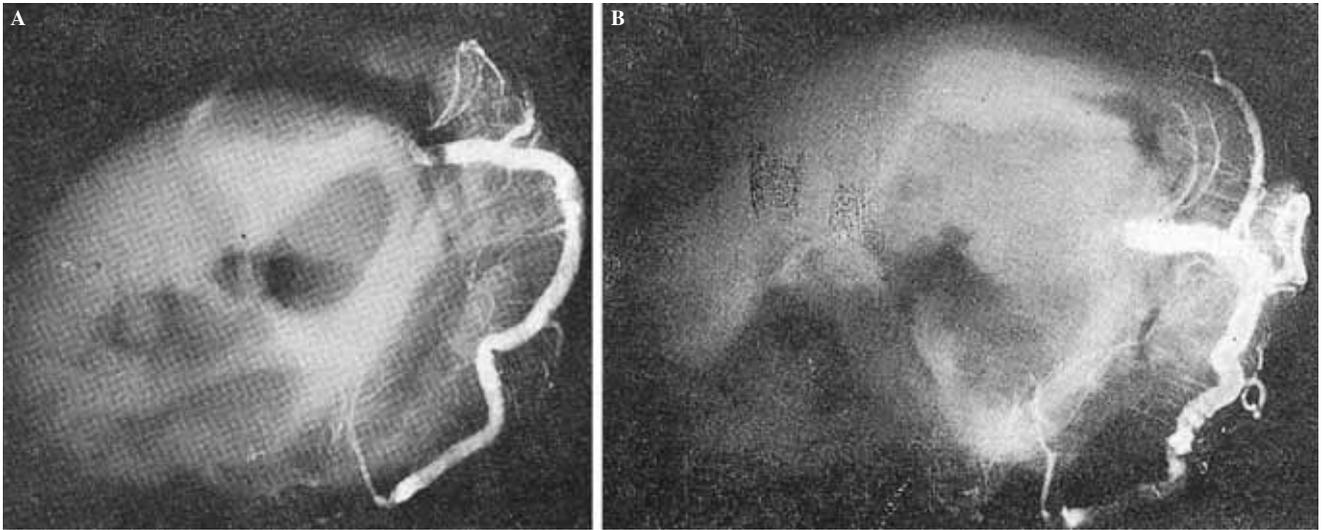


Figura 2.

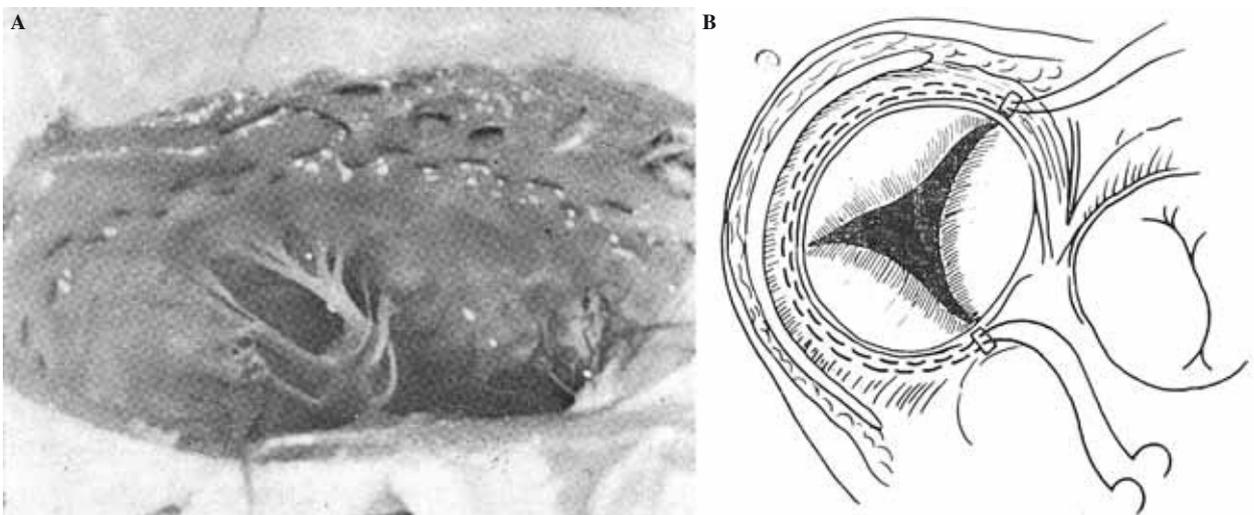


Figura 3.

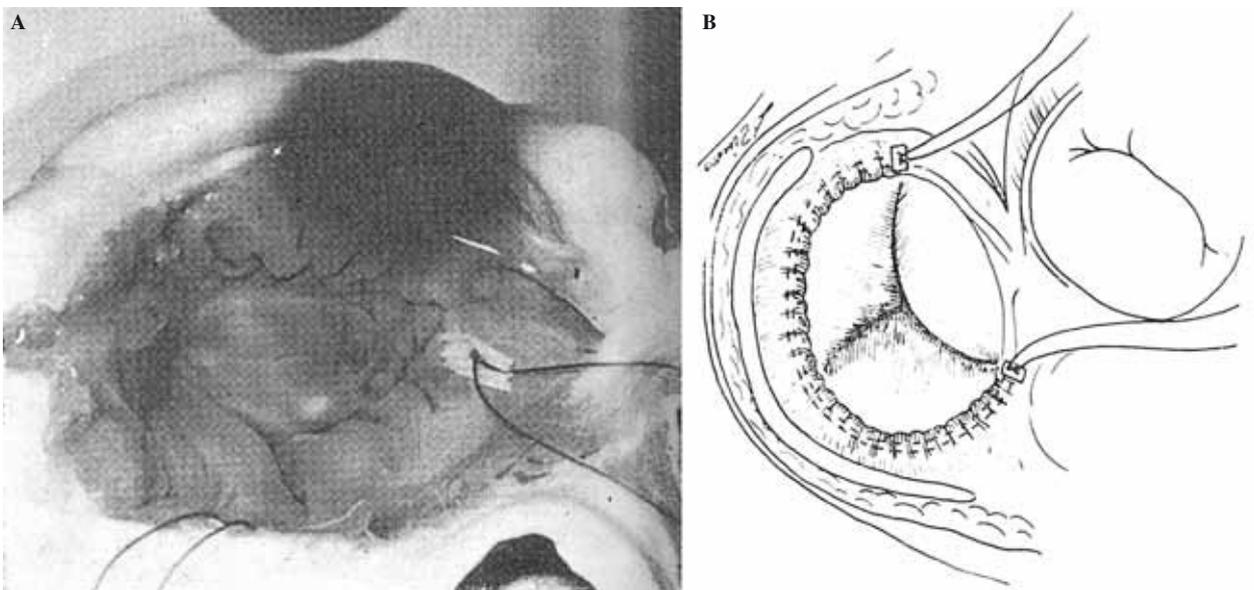


Figura 4.