

Afectación cardíaca por síndrome carcinoide: el papel del anestesiólogo

Dr. Javier G Castillo*

* Department of Cardiothoracic Surgery the Mount Sinai Hospital, New York, USA.

Los tumores carcinoides son de crecimiento lento que derivan de las células enterocromafines, las cuales producen una serie de sustancias vasoactivas como serotonina, bradicininas e histamina, entre otras. La incidencia anual de tumores carcinoides en los Estados Unidos es de 3 a 4 por cada 100,000 habitantes. Su origen más frecuente es el tubo digestivo, aunque otras localizaciones menos habituales como el sistema bronquiopulmonar o los ovarios han sido reportadas. Entre aquellos tumores que toman su origen en el tubo digestivo, podemos establecer tres categorías basadas en su comportamiento metastásico: 1) tubo digestivo proximal (alto índice metastásico); 2) tubo digestivo medio (alta asociación a síndrome carcinoide) y 3) tubo digestivo distal (evolución lenta y a menudo más benigna).

Las sustancias vasoactivas segregadas por las células tumorales son transportadas hasta el hígado a través del sistema portal para su posterior metabolización. En presencia de metástasis hepáticas, grandes cantidades de estas sustancias vasoactivas alcanzan la circulación venosa sistémica dando lugar al síndrome carcinoide. En el momento del diagnóstico, del 20 al 30% de pacientes presentan enfermedad diseminada y consecuente síndrome carcinoide, caracterizado por rubor facial (90%), hipermotilidad intestinal (70%), afectación cardíaca (30%) y broncoespasmo (15%).

La enfermedad cardíaca carcinoide se caracteriza por la presencia de un proceso infiltrativo adherente a la superficie de las estructuras cardíacas, dando lugar así a la formación de placas endocárdicas fibrosas de aspecto perlado características de la enfermedad. La afectación de las válvulas cardíacas

ocurre en más del 50% de los pacientes. De manera frecuente, se encuentran afectadas las válvulas derechas y únicamente un 7% de los pacientes experimentan lesiones aortomitral. Estas últimas han sido descritas únicamente en presencia de comunicaciones congénitas, tumores primarios endobronquiales o una importante actividad tumoral. El hallazgo principal es la insuficiencia tricúspide severa, secundaria al engrosamiento severo (normalmente se encuentra estenosis asociada) y retracción de las valvas (secundaria al engrosamiento del aparato subvalvular), en una posición parcialmente abierta e independiente del ciclo cardíaco. Una vez que ocurre esto y con el fin de preservar la función ventricular al máximo, la cirugía suele ser la única alternativa.

La enfermedad cardíaca carcinoide presenta dos desafíos muy dispares para el anestesiólogo durante el cuidado perioperatorio del paciente: la aparición de crisis carcinoides malignas y el manejo de un posible fallo ventricular derecho. Por un lado, la administración de catecolaminas y bloqueantes de la liberación de histaminas utilizadas de manera rutinaria en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular puede precipitar la aparición de crisis. Por otro lado, aunque la administración de octreótida parece estabilizar los parámetros hemodinámicos en este tipo de pacientes, es complicado discernir si el origen de una posible inestabilidad hemodinámica es secundaria a una crisis o a un fallo ventricular, ya que además de coexistir de manera habitual, el paciente con enfermedad cardíaca carcinoide tiende a ser referido tarde a cirugía cardíaca y por consiguiente, la función ventricular no es óptima.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>