

Insuficiencia mitral severa asintomática. A propósito de un caso

Severe asymptomatic mitral regurgitation. About a case

**Dr. Ricardo Amador García Hernández, Dr. Alejandro Muñoz Martínez,
Dr. Yosvany Tirado Céspedes, Dr. David Alejandro Soto Diago**

Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

RESUMEN

La insuficiencia mitral es una afección común que incide generalmente en 2 % de la población, el prolapso valvular es el hallazgo más frecuente por la elongación o ruptura de las cuerdas tendinosas lo que ocasiona disímiles grados de regurgitación durante la contracción ventricular. A pesar de ello, la evaluación clínica de los pacientes asintomáticos con insuficiencia mitral severa, permanece en controversia y es motivo de debate entre los principales expertos. Se presentó un caso de insuficiencia mitral severa asintomática por rotura de cuerda tendinosa, al cual se le realizó sustitución valvular mitral debido al grado de deterioro del aparato valvular y sub-valvular, se logró buen resultado en el seguimiento.

Palabras clave: insuficiencia mitral severa asintomática, sustitución valvular mitral.

ABSTRACT

Mitral failure is a common disease that generally affects 2 % of the population. The valvular prolapse is the most frequent finding due to elongation or rupture of tendinous cords that brings about different levels of regurgitation during the ventricular contraction. Despite the above-mentioned, the clinical evaluation of asymptomatic severe mitral failure patients remains controversial and is very much debated among outstanding experts. A case of asymptomatic severe mitral failure caused by rupture of the tendinous cord was presented. The mitral valve was

replaced because the valvular and subvalvular systems were much deteriorated. The follow-up of the patient showed good results.

Key words: asymptomatic severe mitral failure, mitral valve replacement.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial esencial grado 2 desde hace 10 años para la cual lleva tratamiento regular con enalapril (20 mg) 1 tab al día. Tras haber adquirido una infección respiratoria aguda acude al médico y durante el examen físico se detecta un soplo cardíaco, se remite para ingreso en nuestro centro para estudio y tratamiento, al interrogatorio no se recogió síntoma alguno, en el examen físico se constata latido de la punta desplazado, pulso pequeño y céler y la presencia de soplo holosistólico V/VI en todo el precordio más intenso en área de la punta que irradiaba a la región interescapulovertebral izquierda.

En el ecocardiograma transtorácico (modo bidimensional/modo M) se señala aurícula izquierda dilatada, ventrículo izquierdo dilatado, hiperdinámico, con fracción de eyección (FEVI) conservada y diámetro telesistólico de 35 mm (fig. 1). El aparato valvular mitral tiene aspecto mixomatososo con franco prolapso de valva anterior por cuerda tendinosa rota (figs. 2A y 2B). Se observa gran jet excéntrico de insuficiencia mitral que llega al fondo de la aurícula izquierda (fig. 3).

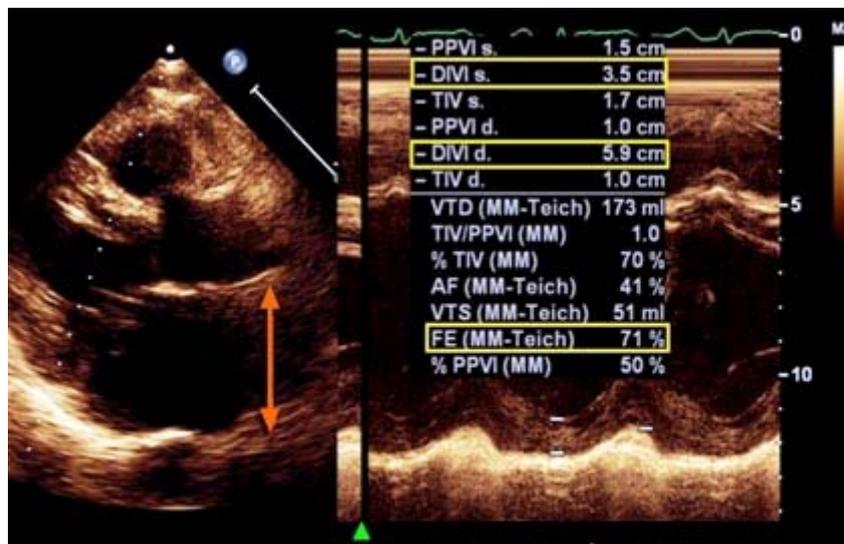


Fig. 1. Ecocardiograma transtorácico (modo bidimensional/modo M) donde se observa AI y VI dilatados con FEVI conservada y DTSVI 35 mm.

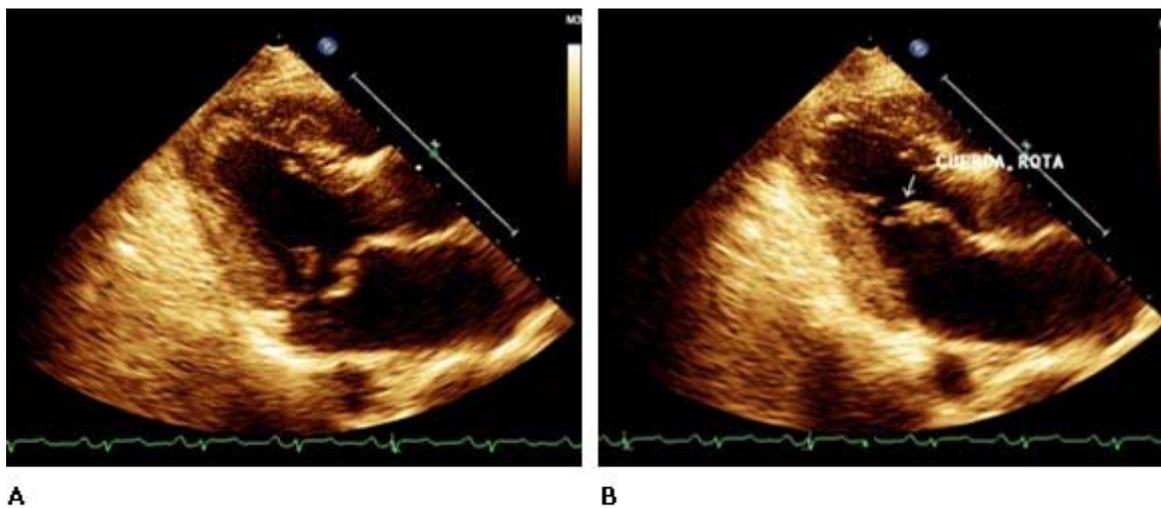


Fig. 2. A y B. Hallazgo ecocardiográfico que demuestra prolapso de valva anterior por ruptura de cuerda tendinosa.

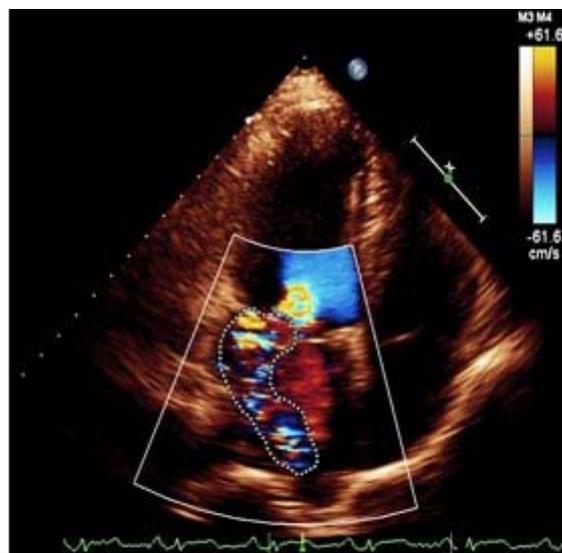


Fig. 3. Jet excéntrico de insuficiencia mitral que llega al techo de AI.

Se lleva al quirófano donde se realiza sustitución valvular mitral con plicatura de la orejuela izquierda y fijación de músculos papilares. Durante las consultas evolutivas el paciente no ha presentado complicaciones.

DISCUSIÓN

El umbral para tratamiento quirúrgico de la insuficiencia mitral (IM) está disminuyendo por varias razones que incluyen la reducción de la mortalidad quirúrgica, mejoría de las técnicas de reconstrucción de la válvula mitral y de las intervenciones que incluyen válvulas protésicas y el reconocimiento de los malos resultados a largo plazo en muchos pacientes cuya IM se corrige solo después de una historia prolongada de síntomas.¹⁻³

Algunos autores plantean que se debe realizar una exploración ecocardiográfica detallada para evaluar la probabilidad de reparación de la válvula mitral, en lugar de la sustitución, teniendo en cuenta 2 variables: FEVI cuando sea $\leq 60\%$ y el DTSVI $\geq 40 \text{ mm}^4$. Los pacientes asintomáticos que no cumplan con estos criterios deberán ser sometidos a seguimiento clínico y ecocardiográfico cada 6 a 12 meses.² Raras veces se les considera para tratamiento quirúrgico si hay fibrilación auricular o hipertensión pulmonar.³

Otros autores se apoyan en la decisión de realizar sustitución valvular según la severidad de la regurgitación mitral, el impacto de esta sobre la remodelación auricular y ventricular, la función ventricular, las presiones pulmonares, la probabilidad de reparación, la morbilidad asociada, el riesgo operatorio y el estado sintomático del paciente.⁵

En la actualidad, debido a que no existe consenso en las guías de práctica clínica para el manejo de valvulopatías cardíacas, diversos centros promueven abordajes quirúrgicos más agresivos en todos los pacientes con IM severa, independientemente de los síntomas y de la FEVI, teniendo en cuenta que en la práctica clínica diaria muchos especialistas dudan cuando tienen que remitir a los pacientes a cirugía y solo 30 % de los pacientes asintomáticos son referidos apropiadamente.⁶

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kang DH, Kim JH, Rim JH. Comparison of early surgery versus conventional treatment in asymptomatic severe mitral regurgitation. *Circulation*. 2009; 119(6):797-804.
2. Rosenhek R, Rader F, Klaar U. Outcome of watchful waiting in asymptomatic severe mitral regurgitation. *Circulation*. 2006; 113(18):2238-44.
3. Enriquez-Sarano M, Avierinos JF, Messika-Zeitoun D. Quantitative determinants of the outcome of asymptomatic mitral regurgitation. *N Engl J Med*. 2005; 352(9):875-83.

4. Tribouilloy C, Grigioni F, Avierinos JF. Survival implication of left ventricular end-systolic Diameter in mitral regurgitation due to flail leaflets a long-term follow-up multicenter study. J Am Coll Cardiol. 2009;54(21):1961-8.

5. Suri RM, Schaff HV, Dearani JA. Recovery of left ventricular function after surgical correction of mitral regurgitation caused by leaflet prolapse. J Thorac Cardiovasc Surg. May 2009;137(5):1071-6.

6. Gillinov AM, Mihaljevic T, Blackstone EH. Should patients with severe degenerative mitral regurgitation delay surgery until symptoms develop? Ann Thorac Surg. 2010;90(2):481-8.

Recibido: 21 de junio de 2012.

Aprobado: 14 de agosto de 2012.

Dr. *Ricardo Amador García Hernández*. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". San Lázaro No. 701 entre Belascoaín y Marqués González, Centro Habana. La Habana. Cuba. ramador@infomed.sld.cu