

16 PROLAPSO DE LA VÁLVULA MITRAL, CONOCIENDO AL FENOTIPO ARRÍTMICO

Joaquín Vázquez, Mariela Lujambio
Hospital Maciel.

Historia clínica: paciente de sexo masculino, 74 años. Jubilado, carpintero en actividad. AP: FA permanente aceptada bajo anticoagulación oral con warfarina sin incidentes de la anticoagulación, INR en rango en últimos 2 años, bajo tratamiento controlador de frecuencia con betabloqueantes con bisoprolol 10 mg día. Refiere antecedentes de valvulopatía previa, desconoce cuál y de qué severidad. EA: disnea de esfuerzo de 1 año de evolución CF III. Consulta en policlínica. Sin disnea de decúbito ni paroxística nocturna. Sin historia de edema de miembros inferiores. No otros síntomas congestivos. Niega historia de palpitaciones. No episodios sincopales. No angor. Examen físico: buen estado general. Lúcido, eupneico, piel y mucosas normocoloreadas. CV: cardiomegalia, RI 75 cpm, ruidos normales, soplo holosistólico 4/6, sin cambios con la respiración, aumenta con cuclillas. PP: MAV presente sin estertores.

Pruebas complementarias: Electrocardiograma: fibrilación auricular 70 cpm, EEM 60°, QRS 80 ms, sin trastornos de la repolarización significativos. Holter destaca: extrasistolia ventricular de baja incidencia (0,5%) de dos morfologías, aisladas, acopladas, un episodio de TVNS de 4 latidos, frecuencia 180 cpm (figura 1). Ecocardiograma transtorácico destaca: VI de dimensiones normales. FEVI 60%. Severa dilatación biauricular del VD levemente dilatado con disfunción sistólica. Válvula mitral mixomatosa. Con prolapso bivalvar e insuficiencia severa. Disyunción del anillo mitral estimada en 18 mm. PSAP 40 mmHg (figura 2). Resonancia magnética cardíaca: prolapso valvular mitral bivalvar con insuficiencia mitral severa con dis-

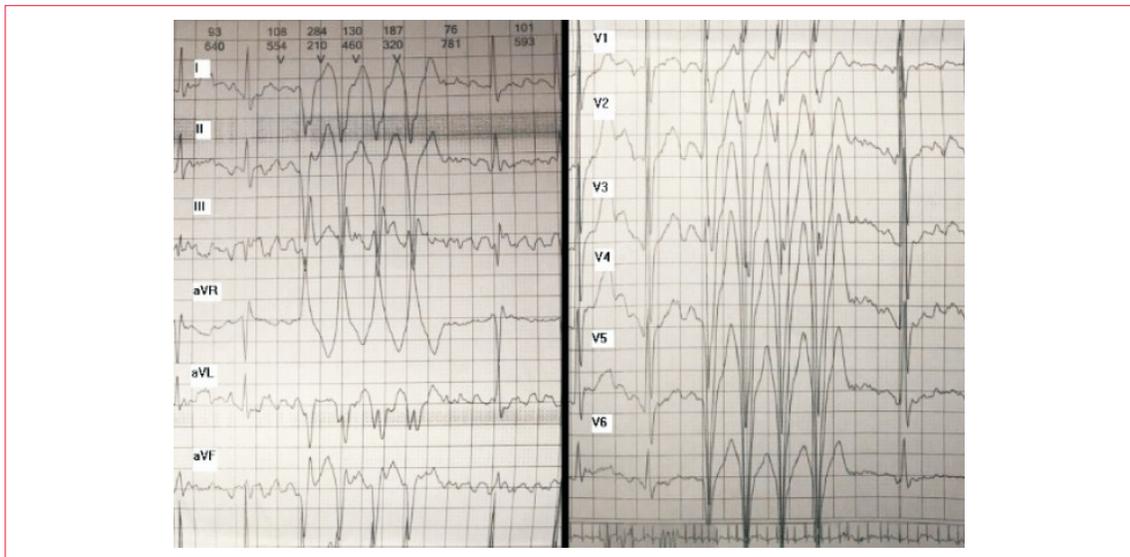


Figura 1

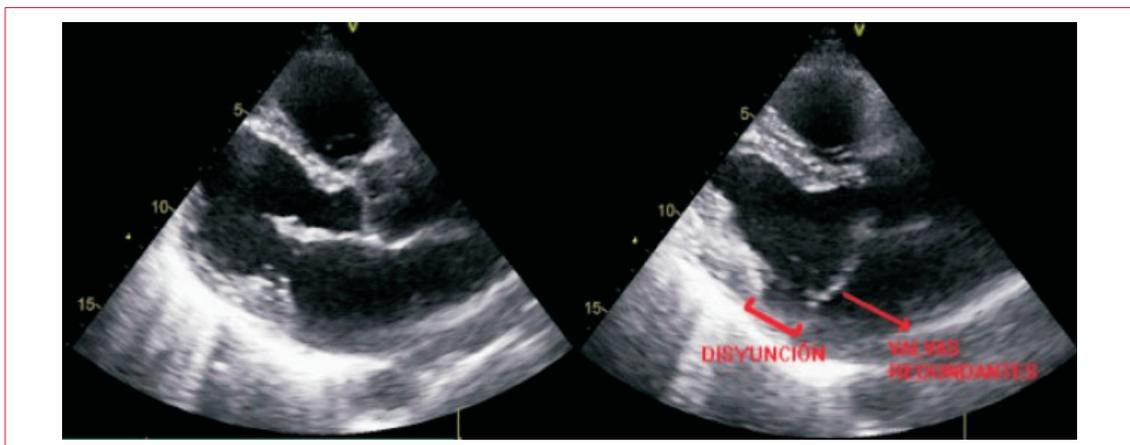


Figura 2

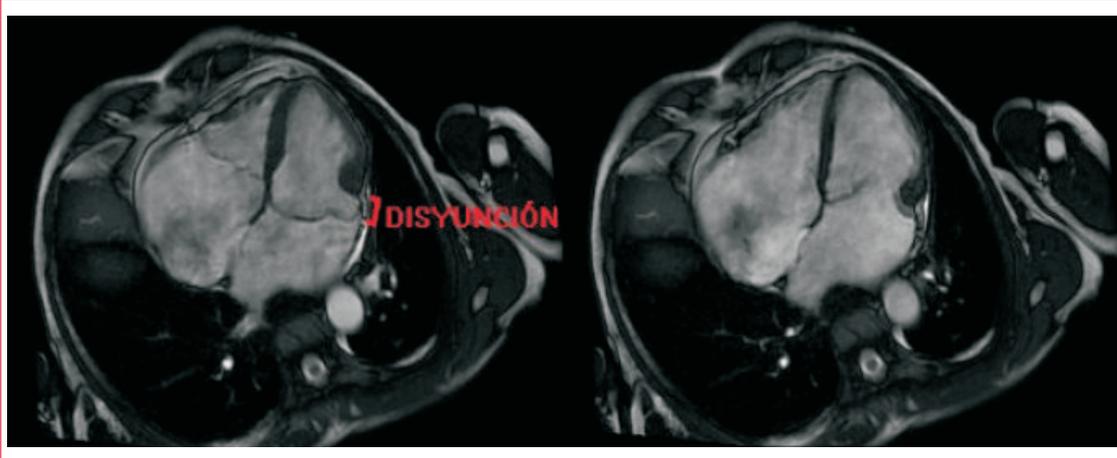


Figura 3

yunción del anillo mitral. Dilatación biauricular. FEVI 47%. No se observó edema miocárdico en las imágenes en T2. El estudio de perfusión de primer paso no mostró alteraciones. No se observó realce tardío con gadolinio a nivel miocárdico (figura 3).

Diagnóstico: se realiza diagnóstico de insuficiencia mitral de grado severo sintomática por prolapso bivalvar. Elementos de fenotipo arrítmico como disyunción del anillo mitral y redundancia bivalvar con baja carga arrítmica. Se coordina para cirugía de reparación mitral. No planteamos prevención primaria de muerte súbita al momento. Se mantendrá seguimiento estrecho clínico y con Holter para revalorar carga arrítmica.

Discusión: el prolapso de la válvula mitral (PVM) es una valvulopatía frecuente que afecta 2%-3% de la población. El pronóstico adjudicado a los pacientes con PVM ha variado con el tiempo. El tratamiento quirúrgico del PVM con insuficiencia tiene claras indicaciones, no siendo así la asociación con arritmias y/o muerte súbita. Recientemente ha resurgido el interés por este vínculo, ya que se han identificado características morfológicas que sugieren un fenotipo arrítmico con potencial para predecir estos eventos. Aunque los mecanismos fisiopatológicos no están del todo definidos y mayor evidencia es necesaria para generar recomendaciones clínicas sólidas, la presencia de arritmias en el PVM se ha asociado de manera fuerte e independiente con la disyunción del anillo mitral (anomalía morfológica con desplazamiento espacial del punto de inserción de la valva posterior que conlleva a la separación entre el anillo y la pared del ventrículo), así como la redundancia valvar y anormalidades en el ST-T. Destacamos la importancia para la práctica clínica familiarizarnos con las características de este fenotipo para poder identificar aquellos pacientes con mayor riesgo de muerte súbita que requieran un estrecho seguimiento y/o eventual prevención.