

Valvulopatía mitral reumática: desafío terapéutico guiado por ecocardiografía 3D

Mariana Marín¹; Daniela Barranco¹; Ignacio Batista¹; Jorge Mayol¹

1 - Centro Cardiológico Americano, Sanatorio Americano.

Introducción

En nuestro medio la estenosis mitral reumática es cada vez menos frecuente, sin embargo esporádicamente nos enfrentamos al diagnóstico y terapéutica de la misma. Existe amplio consenso sobre cuándo y cómo intervenir sobre esta valvulopatía, sin embargo algunos casos siguen siendo controvertidos, el uso de la ecocardiografía 3D permite una mejor toma de decisiones. Presentamos el caso de una paciente con estenosis mitral reumática severa e insuficiencia leve a moderada e hipertensión pulmonar severa que se sometió a valvuloplastia mitral reumática.

Caso Clínico

79 años, sexo femenino. HA. Fiebre reumática en la infancia. Estenosis mitral en seguimiento. FA paroxística. Historia de un año de evolución de disnea de esfuerzo clase funcional II. Chapetas malares (Figura 1A). Ritmo regular de 70cpm. Primer ruido disminuído, soplo diastólico en apex 2/6 sin irradiaciones. Segundo ruido normal. PA 120/70mmHg. MAV presente bilateral, sin estertores. EuroScore II 2,71.

Pruebas complementarias

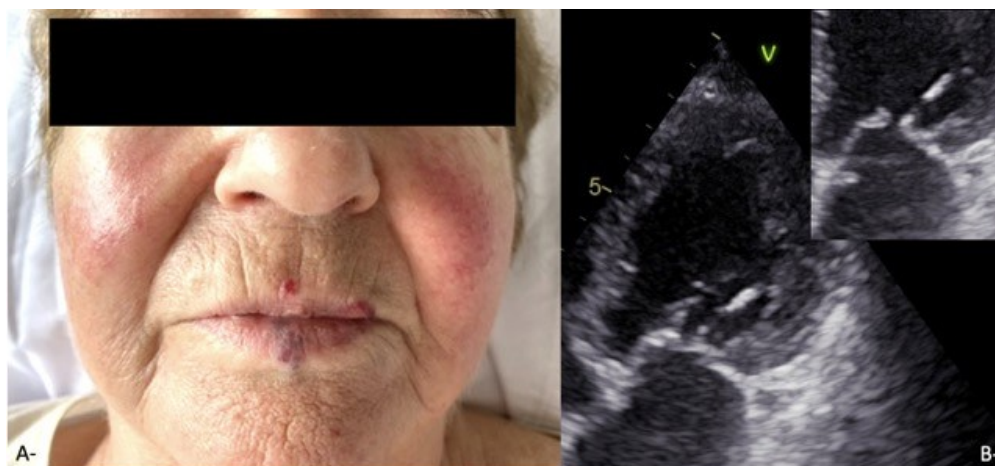


Figura 1

CACG: Sin lesiones angiográficamente significativas. ECG: RS. SAI. PR 220ms. Eje eléctrico medio 0 grados. QRS 120ms. Bloqueo completo de rama derecha. ETT/ETE (Figura 1B): VI de dimensiones internas normales, hipertrofia leve. FEVI 60%. AI severamente dilatada, 53ml/m². Válvula mitral con estenosis severa, reumática, Score de Wilkins de 6 (Figura 1B), gradiente medio/pico 9/23mmHg, área valvular estimada por THP en 1,2cm² y por planimetría 3D en 0,9cm² (Figura 2A), con insuficiencia moderada tipo IIIa de Carpentier, orificio regurgitante efectivo: 0,2-0,3cm² estimado por método de área de superficie de isovelocidad proximal, volumen regurgitante de 39ml, vena contracta de 4mm. Válvula aórtica trivalva con fusión comisural, estenosis moderada, área valvular 1,1cm² y de 1,4cm² por planimetría 3D, coeficiente de obstrucción de 0,35, leve insuficiencia central. PSAP de 115mmHg. Vena cava inferior de 19mm, colapso inspratorio menor al 50%.

Diagnóstico

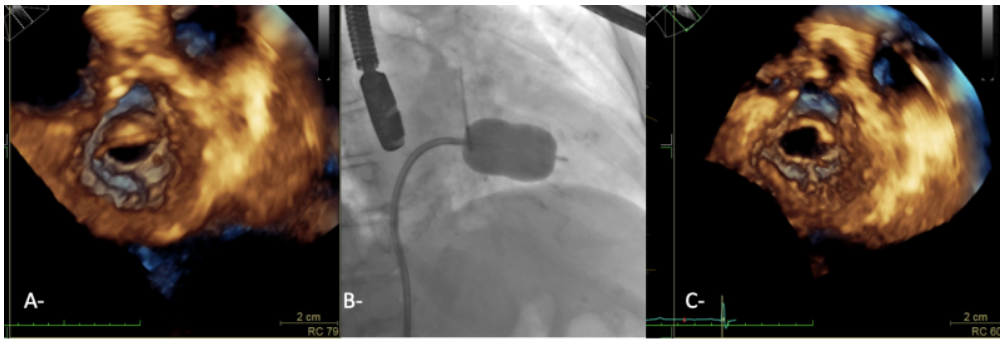


Figura 2

Estenosis mitral reumática severa e insuficiencia leve-moderada e hipertensión pulmonar severa. Se decidió realizar valvuloplastia mitral con Técnica de Inoue, se realizaron 3 insuflaciones de 24, 26 y 28mm de diámetro con balón C de Inoue de forma sucesiva (Figura 2B), comprobando aumento progresivo del área valvular mitral. Post procedimiento inmediato se evidencia franco aumento de la motilidad del velo anterior con área valvular estimada por THP en 1,5cm² y por planimetría 3D en 1,8cm² (Figura 2C), gradiente medio de 3mmHg y gradiente pico de 10mmHg, mantiene insuficiencia mitral pero leve. Pequeña CIA residual de 2mm con flujo de izquierda a derecha.

Discusión

La modalidad y el momento del tratamiento esta basado en la severidad de la valvulopatía, la anatomía valvular, la presencia de síntomas, las características del paciente y la experiencia del centro. . El uso del eco 3D para estimar el área valvular por planimetría esta avalado y recomendado y además facilita la visualización del resultado. Este caso se presentó como desafío en una paciente añosa y con riesgo quirúrgico elevado, HTP severa, pero con un elemento que clasicamente contraindica el tratamiento percutáneo como la insuficiencia mitral mayor a leve. Sin embargo existe evidencia de que el procedimiento es factible en este grupo de pacientes. En discusión con un Heart Team y la paciente se decidió proceder a la misma, la cual fue exitosa.