

Número: 059
GT: **Cirugía Cardíaca**
Tipo: **Caso Clínico**
País: **Uruguay**
Idioma: es

Rol de la valvuloplastia en la insuficiencia mitral aguda por rotura de músculo papilar posterior a infarto agudo de miocardio, a propósito de un caso.

Juan Montero ¹; Carolina Sosa ¹; Santiago Cubas ¹; Maximiliano Hernandez ¹; Victor Dayan ¹

1 - Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca.

Introducción

La ruptura del músculo papilar es una complicación mecánica poco frecuente, afecta el 0,07-0,26 % de los pacientes que padecen IAM y asocia una alta mortalidad. Causa una IMit aguda grave, que suele acompañarse de shock cardiogénico y edema pulmonar, requiriendo tratamiento médico y quirúrgico urgente.

Caso Clínico

Hombre, 52 años. Obeso, sedentario, extabaquista, consumidor de marihuana. El 31/1 presenta episodio de angor típico de 1 hora de evolución, horas más tarde reitera dolor por lo que consulta en emergencia. ECG sin evidencia de isquemia aguda. Troponinas positivas. ETT: VI dimensiones normales, hipoquinesia inferior posterior y lateral medio basal. FEVI 50%. Aurícula izquierda levemente dilatada. IMit leve. El 2/2 CACG: lesión crítica en origen de extenso ramo posterolateral de ACD y crítica proximal de marginal de la ACx, con ATC en marginal, implantando 2 SLD, y otro SLD en el posterolateral. 48 horas después se inestabiliza, edema agudo de pulmón y shock cardiogénico. EF: lúcido, sudoroso, febril, saturación 85%, polipnéico, hipotenso, hipocoloreado. CV: taquicardia regular, soplo sistólico 4/6 en foco mitral, ingurgitación yugular, no edemas. Pulmonar: estertores crepitantes hasta ? bilateral.

Pruebas complementarias

ETE 4/2: VI hiperdinámico. FEVI 70%. Aurícula izquierda levemente dilatada. Válvula mitral: rotura de músculo papilar posteromedial, eversión P2, insuficiencia excéntrica sobre septum interauricular de alta velocidad, alcanza techo auricular e invierte flujo en vena pulmonar.

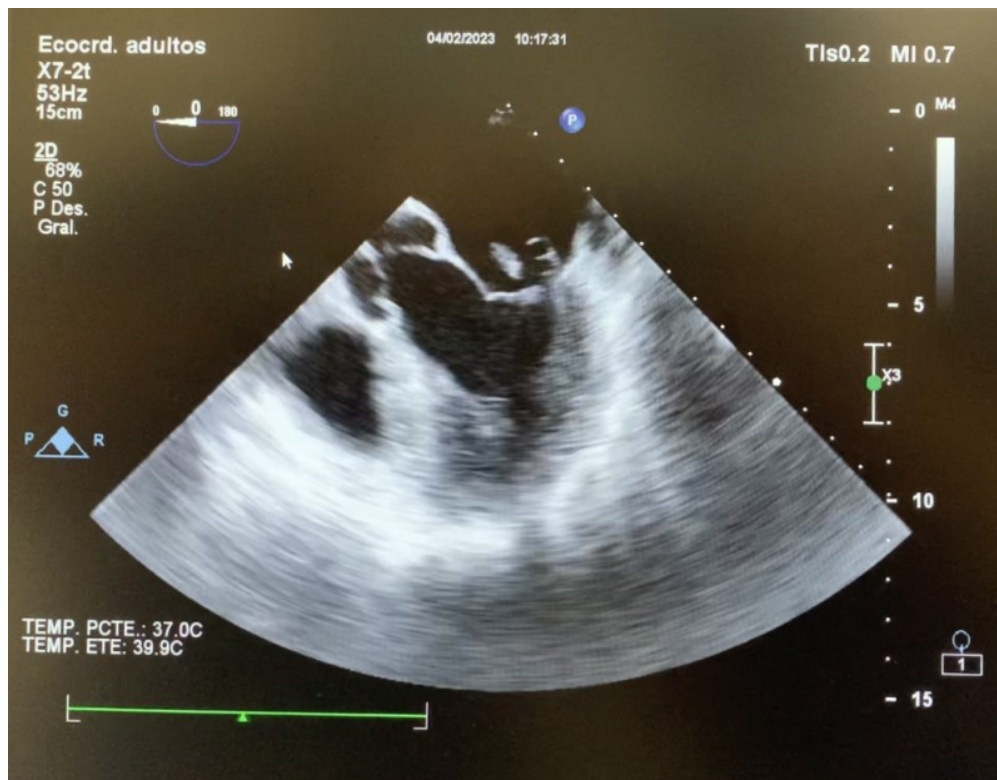


Imagen 1: ETE preoperatorio

Diagnóstico

IAM evolucionado complicado con IMit aguda severa primaria por rotura de músculo papilar posteromedial con edema agudo de pulmón y shock cardiogénico. Realizado el diagnóstico se intervino de urgencia. En el preoperatorio se colocó balón de contrapulsación intraaórtico, en el intraoperatorio se constata prolapso limitado a P2 con sus cuerdas tendineas y la rotura de 2 cabezas de músculo posteromedial (imagen 2), se realiza plastia mediante cuadrantectomía y plicatura con anuloplastia, bypass con vena safena secuencial aorto-marginal-

posterolateral. Postoperatorio adecuado, ETT a la semana: FEVI 65%, plastia mitral con buen resultado, sin insuficiencia, gradientes normales.



Imagen 2: Pieza quirúrgica, sector P2 del velo posterior (P2), cuerdas tendineas (CT) y músculo papilar (MP)

Discusión

El tratamiento médico tiene como fin reducir la poscarga disminuyendo el volumen regurgitante, aumentando el GC, pero sin cirugía asocia una mortalidad de hasta 75% en 24 horas. Aunque la cirugía asocia mejores resultados que el manejo conservador, estos se ven empañados por la mortalidad temprana todavía alta por ser un procedimiento invasivo en pacientes inestables con un miocardio isquémico/cicatrizante en curso. El manejo está supeditado a las comorbilidades, anatomía de la ruptura, enfermedad coronaria y a las diferentes técnicas de intervención disponibles. El tratamiento quirúrgico puede ser reemplazo o reparación valvular, esta última incluye diferentes técnicas como reimplante del músculo, neocuerdas, translocación de cuerdas nativas, resección del prolapsos y la anuloplastia. Si bien la mortalidad es alta (pudiendo ser de hasta 40%) la supervivencia a largo plazo es buena, 70% a 5 años. Existen alternativas menos invasivas como el MitraClip, utilizado principalmente para IMit crónicas funcionales, en cuanto a la aguda por rotura papilar se puede plantear como alternativa para pacientes de muy alto riesgo quirúrgico o prohibitivo.