

Número: 077
GT: **Cirugía Cardíaca**
Tipo: **Caso Clínico**
País: **Uruguay**
Idioma: es

Insuficiencia mitral primaria en paciente con acromegalia, a propósito de un caso.

Juan Montero¹; Sofia Rodriguez¹; Maximiliano Rodriguez¹; Santiago Cubas¹; Pablo Straneo¹

1 - Hospital de Clínicas, Dr. Manuel Quintela.

Introducción

La acromegalia es una enfermedad crónica poco frecuente, caracterizada por la sobreproducción de hormona del crecimiento y del factor de crecimiento insulínico tipo 1, causada principalmente por tumores hipofisarios. Asocian complicaciones sistémicas, las CV son las más frecuentes, incluyen HTA, aterosclerosis, miocardiopatías, arritmias y valvulopatías, en las cuales se afecta directamente al tejido conectivo degenerando el intersticio de tejido valvular. La insuficiencia mitral es la regurgitación de sangre desde el VI a la aurícula izquierda a través de la válvula mitral durante la sístole ventricular. Es una de las valvulopatías más frecuentes en el mundo, afecta a más del 2% de la población y su prevalencia aumenta con la edad. Se divide en aguda o crónica, primaria o secundaria, y su patogenia según clasificación Carpentier.

Caso Clínico

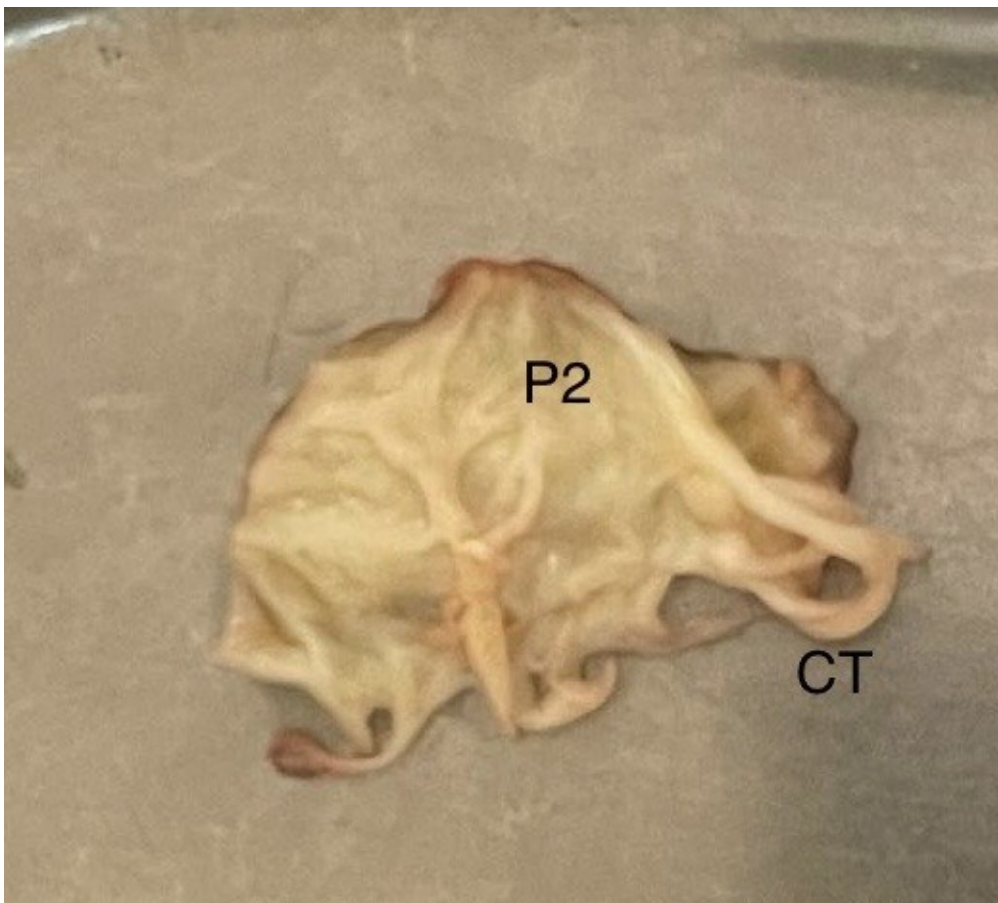
Mujer, 65 años, trabajadora rural, procedente de Artigas. HTA, acromegalia por macroadenoma hipofisario, en preoperatorio de cirugía transesfenoidal, controlada por endocrinología. Hace 6 meses episodio de expectoración asalmonada interpretado como edema agudo pulmonar hipertensivo, desde ese evento DE CF III, palpitations y dolor torácico atípico. Examen físico, lúcida, apirética, normotensa, normocoloreada. Macroglosia, labios gruesos, manos y pies aumentados de tamaño. CV: ritmo regular, 74 lpm, soplo holosistólico en foco mitral 3/6, irradia a axila, sin signos de falla. Respiratorio: eupneica, murmullo alveolovesicular presente, sin estertores.

Pruebas complementarias

ETE: VI dilatado, grosor parietal conservado, sin trastornos sectoriales. FEVI 65%. Aurícula izquierda dilatada leve. Válvula mitral con rotura de cuerda de primer orden, eversión del festón P2, Carpentier tipo 2, jet excéntrico de IMit severa con efecto coanda hacia techo auricular, vena contracta de 7 mm, ORE > 0.40. CACG: sin estenosis significativas. ECG: RS 76 cpm, PR 180 ms, QRS 80 ms, EEM 0°, HVI, trastornos secundarios de repolarización, QT 440 ms.

Diagnóstico

IMit primaria crónica severa, sintomática, por prolapso de P2, con rotura de cuerda tendinosa, Carpentier tipo 2 por movilidad excesiva del velo, con FEVI conservada. Por tener IMit severa sintomática de bajo riesgo presenta indicación IB según guías europeas de intervención quirúrgica, dado que el prolapso se limita a P2 esperamos resultados duraderos, teniendo así indicación IB de reparación.



Pieza quirúrgica resecada, cara ventricular de P2 de velo posterior (P2), cuerda tendinea (CT).

Se realizó una plastia mitral quirúrgica, mediante cuadrantectomía de P2 y anuloplastia. Cursó un postoperatorio adecuado, sin complicaciones, asintomática en lo CV. ETE de control a la semana demostró plastia valvular competente, anillo estable, sin insuficiencia. Alta definitiva al mes.

Discusión

Distintos estudios han registrado una prevalencia de hasta 40% de IMit primaria en acromegálicos, también se vio que la presencia y severidad de esta aumenta en quienes tienen acromegalia activa sin control, por el contrario, no se encontró un aumento significativo de la IMit en pacientes con enfermedad endocrinológica controlada. Por lo tanto es importante normalizar valores de hormonas y factores en operados, para una mayor durabilidad de la plastia. La realización de la plastia es beneficiosa dado que se evitan los problemas inherentes a la prótesis valvular, en una paciente del medio rural con escaso acceso al sistema de salud, conserva el aparato subvalvular evitando la remodelación ventricular y tiene un bajo riesgo de recurrencia y reintervención.
