
Prolapso de válvula mitral

Mitral valve prolapse

Dora Mosquera M. *
Ruth González Ulloa *
Mónica Rodríguez Jiménez *
Karina Becerra Medina *
Yulissa Plaza Samaniego *

Resumen

El prolapso de válvula Mitral (PVM) constituye la anomalía valvular cardíaca más común y se la ha identificado en todos los grupos etarios entre los 14 y 30 años con rangos de prevalencia entre un 9% al 17% en mujeres y del 2% al 12% en hombres, existiendo una relación de 2:1 con predominio sexo femenino. Ha sido definido como la falla en la coaptación de los bordes de las valvas mitrales con la consecuente protrusión local o abombamiento generalizado de la válvula mitral hacia la aurícula izquierda en la sístole ventricular. Existen 2 variantes del PVM: El tipo primario o idiopático, como trastorno aislado sin otro componente cardíaco y el secundario donde está asociado a otros estados patológicos que incluyen enfermedades del tejido conectivo. El tratamiento dependerá si el paciente es asintomático o no, y si existen complicaciones.

Palabras claves: válvula mitral, prolapso, idiopático, degeneración mixomatosa, chasquido.

Summary

Mitral Valve Prolapse (MVP), the most common congenite valvular abnormality, has been rated in a all age range but typically between ages of 14 and 30 years and more common in women (prevalence 44% - 17%) than men (prevalence 2% - 12%). The pathogenie may be an excess or redundant mitral leaflet tissue resulting in a marked systolic displacement of mitral leaflets with coaptation at or on the left atrial side of the annulus. There are two variants: one idiopathic without other cardiac abnormality, and other associated to connective tissue diseases. Treatment depends on severity of simptoms and complications.

Introducción

El PVM constituye un síndrome clínico muy variable y probablemente por este motivo dio lugar al sinnúmero de nombres con los que fue designado: Síndrome del click, Síndrome de soplo y click, Síndrome de Barlow, entre otros (3, 4, 10).

La falla en la coaptación de los bordes valvulares mitrales con su consecuente protrusión hacia la aurícula izquierda en la sístole, se manifiesta auscultatoriamente por la presencia de un chasquido o click mesosistólico y/o soplo telesistólico (4).

Etiopatogenia

La anomalía primaria en los pacientes con PVM son las cúspides valvulares mitrales excesivamente redundantes, cuerdas tendinosas elongadas, o ambos (1, 4, 5, 7, 8, 10).

Aunque hasta el momento no está muy clara la etiología de esta entidad, se han propuesto teorías para explicar su origen como aquella que habla de una degeneración mixomatosa de la válvula ligada a un importante componente familiar, con la consecuente redundancia de las valvas.

Otra teoría supone la existencia de alguna alteración cinética de la pared del ventrículo

izquierdo que provocaría la elevación del músculo papilar y las cuerdas sobre sí; el mecanismo subyacente es un proceso continuado de lesiones menores y represión que se produce en el ciclo cardíaco superpuesto a una válvula mitral con variaciones anatómicas congénitas menores del aparato valvular (6, 9, 10).

Anatomía patológica

Macroscópicamente las válvulas están engrosadas y aumentadas de tamaño del anillo mitral dilatado y las cuerdas elongadas. Microscópicamente hay distribución irregular, rotura y fragmentación de las fibrillas de colágeno con aumento de polisacáridos ácidos (3, 6, 8, 10).

Fisiopatología

Es imposible que las anomalías o alteraciones del PVM afectan a ambas valvas, pero la más afectada es la posterior (5). Debido al proceso degenerativo de las valvas y las cuerdas, la falta de sostén en cualquiera de las porciones del aparato mitral permite que una parte del mismo se prolapse hacia una posición anormal, más allá del anillo, impidiendo el cierre adecuado de la misma. Al frenar súbitamente el movimiento de la valva por el tironeamiento repentino de las cuerdas, las reverberaciones resultantes generan uno o varios clicks en la parte final o media de la sístole. Consecuentemente el cierre inadecuado de la válvula provoca el soplo de regurgitación de sangre hacia la aurícula izquierda. La insuficiencia mitral puede no existir, ser leve, moderada, o grave por rotura de cuerdas (6, 8).

Cuadro clínico

La mayoría de los pacientes son asintomáticos; si los síntomas existen, el más común es el dolor torácico, precordial, característico de angina, aunque no se relaciona con el esfuerzo ni se alivia con nitroglicerina. Puede haber también palpitaciones, disnea, fatiga, síncope (9, 10).

Al examen físico podemos encontrar anomalías torácicas (pectus excavatum); a la auscultación la presencia de un chasquido mesosistólico en la punta o en el borde esternal izquierdo o un soplo mesosistólico, constituyen el sello auscultatorio.

Diagnóstico

La identificación auscultatoria de un click meso o telediastólico de origen mitral, seguido de un soplo mesosistólico tardío es virtualmente patognomónico de PVM. Si estos aspectos auscultatorios no están presentes, el diagnóstico puede determinarse por la demostración de prolapso de la valva posterior en un ecocardiograma, de preferencia bidimensional (3, 4, 6, 8).

Tratamiento

En pacientes asintomáticos, con ECG normal, y prolapso detectado con ECO o sin este y en aquellos pacientes con síntomas leves y ECG normal es necesario tranquilizarlos en razón de la evolución benigna del cuadro; no necesita tratamiento, aunque debe evaluárselos cada 2 a 4 años.

Los pacientes sintomáticos, con ECG anormal (presencia de arritmias), deben efectuarse monitoreo con ECG ambulatorio, una prueba de esfuerzo en la banda sin fin, o ambos.

Las arritmias se tratarán con betabloqueadores, que también ayudan en el tratamiento del dolor precordial y la profilaxis contra endocarditis infecciosa sólo estará indicada en aquellos pacientes que presenten soplo con manifestaciones ecocardiográficas características, y que van a ser sometidos a estudios instrumentales de vías aéreas superiores o del tracto urogenital.

Los pacientes con síntomas de reserva cardíaca reducida, se tratarán con vasodilatadores, diuréticos y digoxina; si han existido trastornos embólicos se instaurará tratamiento antiagregante plaquetario (3, 5, 8).

El tratamiento quirúrgico (reparación valvular) está indicado en la degeneración mixomatosa de la válvula mitral con festoneamiento de la valva posterior o ruptura de cuerdas (2, 5).

Historia natural

Aunque el 60 al 80% de los pacientes con PVM permanecen asintomáticos toda su vida, sin modificación de su problema, existe cierto porcentaje que puede presentar manifestaciones entre la tercera y quinta décadas de la vida (3, 10).

El pronóstico va a depender si es del tipo primario, o secundario estando en este último caso determinado por la enfermedad subyacente. Las complicaciones graves que pueden presentarse son:

- 1) Insuficiencia mitral progresiva;
- 2) Rotura de cuerdas tendinosas;
- 3) Endocarditis infecciosa;
- 4) Arritmias;
- 5) Muerte súbita.

Bibliografía

1. Braunwald E: Tratado de Cardiología. Vol II, 4ta ed., Interamericana, México, 1154-1160, 1993
2. Carneiro R, Couto A, Carvalho M: Semiología e Propedéutica cardiológica. 1ª ed, Ateneu Sao Paulo, 553-561, 1988
3. Cohn LH: Cirugía de Válvula Mitral: Sustitución o reconstrucción. Ed Doyma, Barcelona – España Hospital Practice 7 (3): 53-60, 1992
4. Eagle K, De Sanctis R, Austin W: La Práctica de la Cardiología. 2ª ed, Panamericana, Buenos Aires, 219-224, 1991
5. Hurs W: Medicina Interna. 4ª ed, Panamericana. Buenos Aires, 975-978, 1989
6. Hurst W: Current Therapy in Cardiovascular Disease. 3ª ed, Decker Inc, Philadelphia, 219-224, 1991
7. Mamby SA, Kloner RA: Patología Valvular Cardíaca. Cardiovascular Review, Barcelona – España 13 (11): 558-575, 1992
8. Muñoz J, Juane R: Epidemiología y etiopatogenia de las valvulopatías en la actualidad. Internacional de Ediciones y Publicaciones, Madrid – España Medicina 7 (26): 1063–1066, 1996
9. Reddy G, Tresch D: Prolapso de Valvula Mitral Cardiovascular Review 19 (9): 357-360, 1998
10. Robins S, Cotram R: Patología Estructural y Funcional. 2ª ed, Interamericana, México, 654-655, 1984

Dra. Dora Mosquera M.
Teléfono: 515151 pin 5183

