

Caso 1/2010 - Adolescente de 15 Años, del Sexo Masculino, con Hendidura Aislada de la Válvula Anterior de la Válvula Mitral

Edmar Atik, Patrícia O. Marques, José Lázaro Andrade
Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP - Brasil

Datos clínicos

El paciente se mantuvo asintomático hasta 5 años atrás, cuando surgió cansancio a los esfuerzos, de intensidad progresivamente mayor. Disnea paroxística nocturna ocurrió por dos veces en los últimos seis meses. Soplo cardíaco había sido auscultado con 5 años de edad.

Examen físico

Eupneico, coloreado y pulsos normales. Peso: 53 kg, altura: 162 cm, PA: 110/80 mm Hg, FC: 80 lpm. No se palpaba la aorta en la fúrcula.

En el precordio había impulsiones discretas en el borde esternal izquierdo y el ictus se palpaba en el 5o espacio intercostal en la línea hemiclavicular. Los ruidos cardíacos eran normofonéticos y había soplo protomesosistólico, +/+ + de intensidad, en el área mitral, irradiado más para el borde esternal izquierdo que para la axila.

Los pulmones y el abdomen no mostraban anomalías.

El electrocardiograma resaltaba ritmo sinusal y sobrecarga de ventrículo izquierdo, además de bloqueo atrioventricular de 1^{er} grado con PR de 0,21 mm. La repolarización ventricular era normal y había morfología RS en V1 y R en V6. ÂQRS estaba a 0°, ÂP a +30° y ÂT a +50°. No había señales de sobrecarga atrial izquierda (Fig.1).

Imagen radiológica

Evidencia área cardíaca normal y trama vascular pulmonar ligeramente aumentada en los hilos pulmonares. Llama la atención una ligera opacidad del atrio izquierdo (Fig.1).

Impresión diagnóstica

Esta imagen es compatible con el diagnóstico de cardiopatía que viene acompañada de lesión de la válvula mitral, con estenosis y/o insuficiencia, de discreta repercusión.

Palabras clave

Cardiopatías congénitas, válvula mitral, comunicación interatrial.

Diagnóstico diferencial

Se debe prestar una atención especial a todas las demás cardiopatías congénitas acianogénicas, tanto aquellas con desviación de sangre de la izquierda a la derecha como las obstructivas, desde que exhiban discreta repercusión hemodinámica.

Confirmación diagnóstica

Los elementos clínicos fueron decisivos para el diagnóstico de insuficiencia mitral, con compromiso de la válvula anterior en vista de la irradiación del soplo sistólico preponderante para el borde esternal izquierdo. El ecocardiograma confirmó la existencia del defecto de la válvula mitral, por hendidura completa en la válvula anterior, con regurgitación acentuada. Había aumento de VI, con preservación de su función (FE-VI: 68%, Ao: 27, AI: 29, VI: 58, VD: 13 mm) (Fig.2).

Conducta

A la operación, la hendidura completa de la válvula anterior de la mitral se corrigió con puntos separados y se llevó a cabo la plicatura del anillo mitral en la región de la comisura posterior. Como resultado había discreta regurgitación valvular verificada en el ecocardiograma postoperatorio además de la disminución del ventrículo izquierdo (fig. 2).

Comentarios

La hendidura de la válvula anterior de la válvula mitral como defecto cardíaco congénito, aun aislado, forma parte del contexto de los defectos del septo atrioventricular. Refuerza esa hipótesis la presencia del bloqueo atrioventricular de 1^{er} grado. Se constituye en situación muy rara a ejemplo de la hendidura ubicada en la válvula posterior mitral, como causas de regurgitación mitral. La corrección quirúrgica precoz por sutura de los bordes de la hendidura impide evolución desfavorable relacionada al aumento y a la disfunción del ventrículo izquierdo. Los episodios de disnea paroxística nocturna de este paciente guardan relación con el tamaño próximo del normal del atrio izquierdo y de ahí la menor complacencia del mismo.

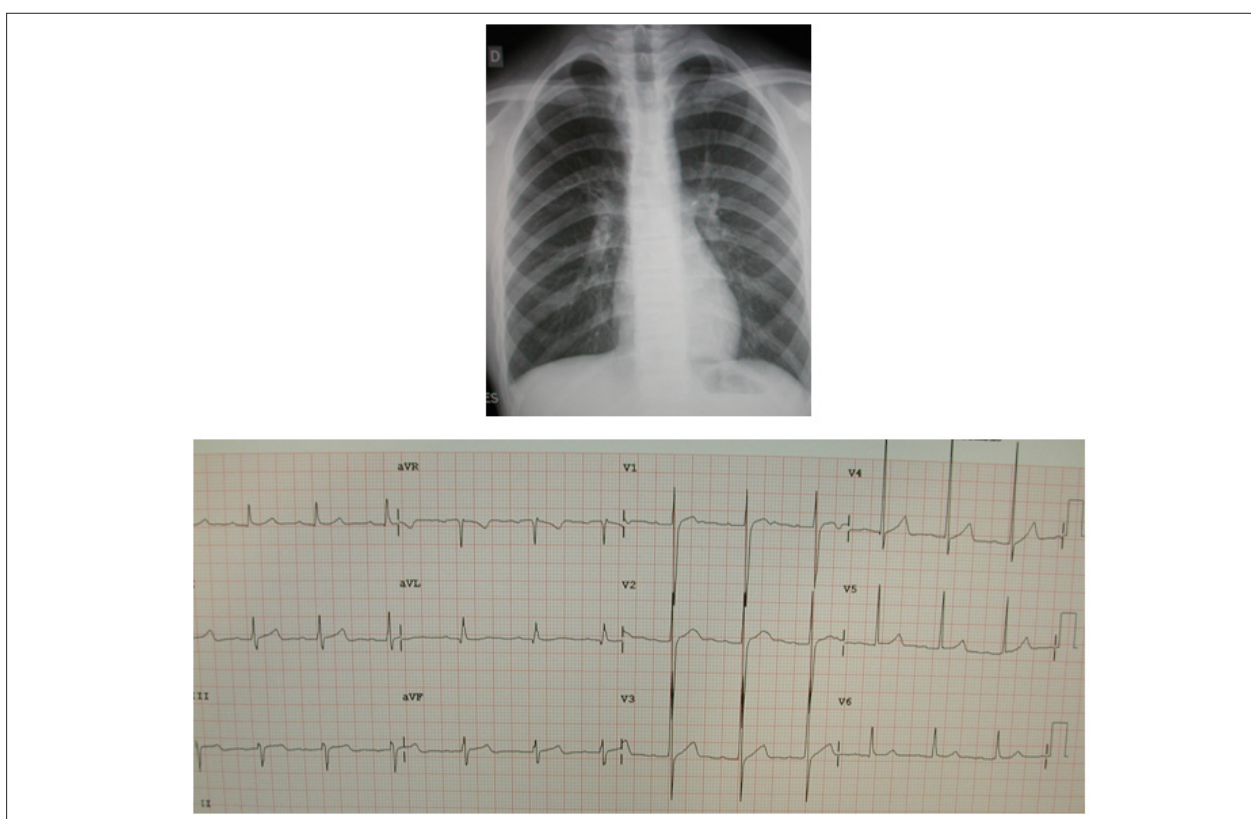


Fig. 1 - Radiografía de tórax que revela área cardíaca normal y trama vascular pulmonar ligeramente pronunciada en los hilos. El atrio izquierdo se evidencia levemente opacificado. El electrocardiograma resalta PR de 0,21" con señales de sobrecarga ventricular izquierda.

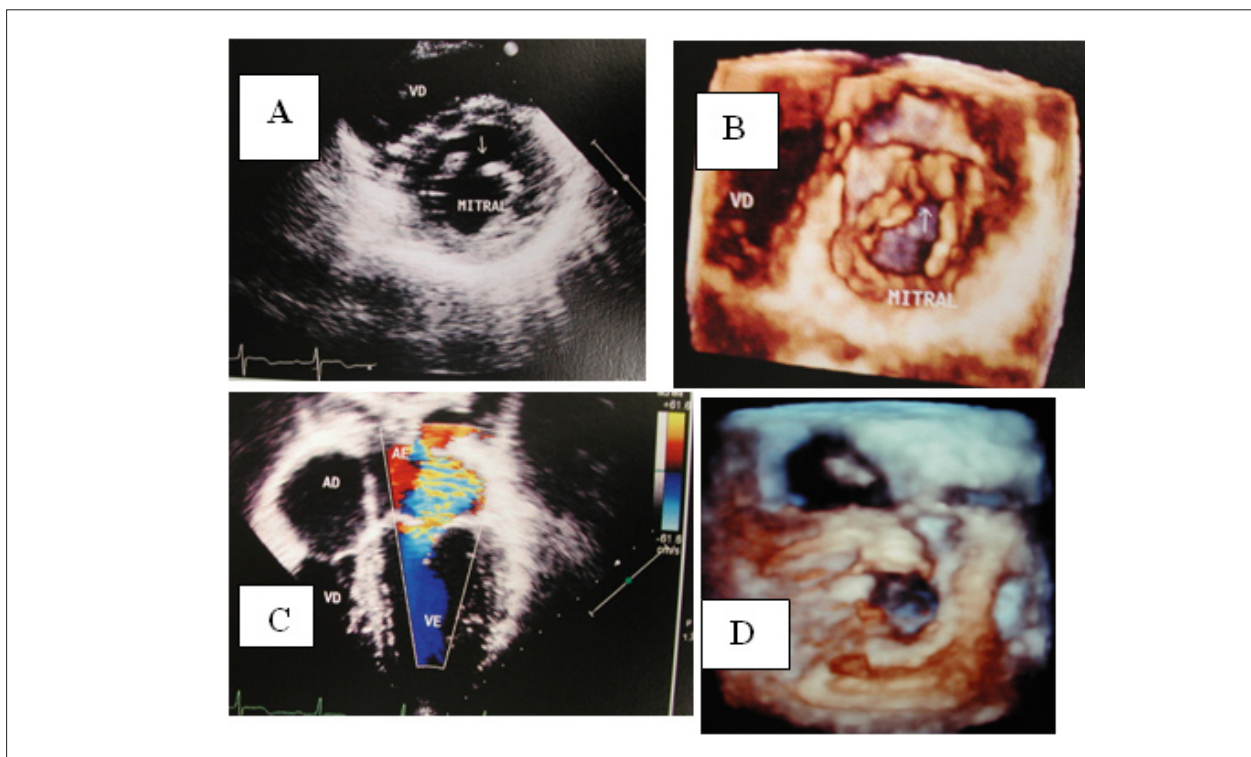


Fig. 2 - Ecocardiograma revela la hendidura de la válvula anterior de la válvula mitral en corte paraesternal transversal en A y el mismo defecto visto en ecocardiograma de 3 dimensiones en B, ambas en el preoperatorio, causa de la insuficiencia mitral acentuada vista en corte de 4 cámaras en C. La corrección adecuada del defecto queda explícita en 3D, 4 días tras la operación, en D.