

ESTENOSIS MITRAL

Definición y Etiología

"Es el conjunto de cambios funcionales y clínicos que acompañan a la reducción del área valvular Mitral." Su etiología es mayoritariamente Reumática (> 95%) y afecta de preferencia a mujeres.

Fisiopatología

El área valvular mitral normal es de aproximadamente 4 a 6 cm². Cuando el área mitral disminuye, se produce una resistencia al vaciamiento de la aurícula izquierda que produce una diferencia de presión diastólica entre aurícula izquierda y ventrículo y como consecuencia, un aumento de la presión de aurícula izquierda.

Síntomas :

Los síntomas de la estenosis mitral son secundarios a la congestión pulmonar producida por

1. el aumento de la presión venocapilar por hipertensión de AI: Disnea y otros asociados con congestión pulmonar; Hemoptisis; Edema Pulmonar agudo;
2. la presencia de hipertensión pulmonar (HTP) e Insuficiencia Cardíaca Derecha: anorexia, dolor abdominal; dolor de tipo anginoso, asociado a hipertensión pulmonar y sobrecarga de ventrículo derecho
3. disminución del gasto cardíaco: fatigabilidad, caquexia.

Examen físico:

Dependiendo del tiempo de evolución y del grado de compromiso hemodinámico, puede haber posición ortopnoica, disnea y taquipnea, chapetas mitrálicas, enflaquecimiento, etc.

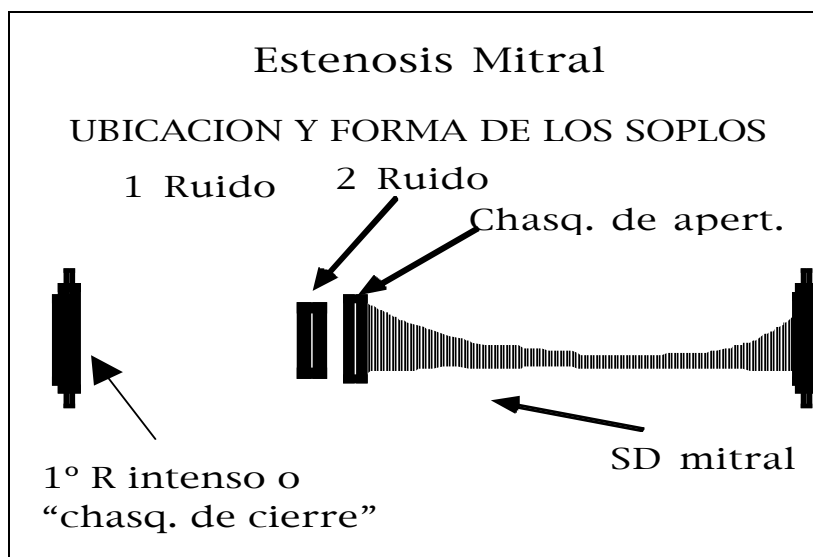
Los aspectos más específicos en el examen segmentario son:

- Cuello : Pulso carotídeo normal o "pequeño"; arritmia completa si hay F.A.

hipertensión venosa, generalmente por hipertensión pulmonar;

- Corazón : Crecimiento de VD y palpación de AP.

1°R intenso ("chasquido de cierre"), 2°R intenso (HTP), ruido de apertura valvular ("chasquido de apertura"), soplo diastólico ("rodada") con refuerzo presistólico, en ritmo sinusal. Soplo sistólico eyección pulmonar en casos de HTP.



Evolución natural y Complicaciones

Entre el episodio de Fiebre Reumática y la aparición de los primeros síntomas de Estenosis Mitral, habitualmente pasan muchos años. En general, al inicio los pacientes presentan disnea sólo en relación con esfuerzos mayores o estados hiperdinámicos (fiebre, embarazo, etc.), luego aparece en relación con actividades habituales y finalmente con esfuerzos

mínimos o en reposo, lo que guarda relación con la lenta pero sostenida disminución del área mitral.

Sin embargo no es raro que los primeros síntomas, incluso de un edema pulmonar agudo, sean desencadenados por la aparición de una fibrilación auricular (F.A.), complicación frecuente en estos pacientes.

Otra complicación grave asociada a la F.A. son las embolías sistémicas.

Algunos pacientes desarrollan hipertensión pulmonar, por aumento desproporcionado de la resistencia vascular pulmonar, con sobrecarga del ventrículo derecho y manifestaciones de hipertensión de aurícula derecha. En este tipo de pacientes puede observarse el fenómeno, aparentemente paradójico, de que disminuyen las manifestaciones congestivas pulmonares y aumentan las congestivas viscerales, como consecuencia de la falla del ventrículo derecho que limita el aumento del gasto cardíaco e impide una mayor hipertensión en aurícula izquierda.

Historia natural de la Estenosis Mitral.

Sobrevida a 10 años

Mortalidad global	50-60%
Pacientes asintomáticos o con síntomas mínimos	> 80%
Pacientes con limitación funcional importante	< 10%
Pacientes con Hipertensión pulmonar	< 3 años

Causas de mortalidad en pacientes no tratados

Congestión pulmonar y sistémica	60-70%
Embolias sistémicas	20-30%
Embolias pulmonares	10%
Infecciones	1-5%

(*) American College of Cardiology – Guidelines 2006

Diagnóstico:

Generalmente el diagnóstico se hace por el examen físico, sin embargo hay casos en que puede ser muy difícil, especialmente si predominan ruidos de origen bronquial o hay calcificación valvular, débito cardíaco bajo o taquicardia importante, situaciones en que la signología auscultatoria no es muy evidente.

El ECG puede ser de utilidad en el diagnóstico de crecimiento de aurícula izquierda e hipertrofia o sobrecarga de ventrículo derecho y para confirmar la existencia de una F.A.

La radiografía de tórax es fundamental para la evaluación de la circulación y congestión pulmonar y es de utilidad para apreciar el tamaño de la aurícula izquierda, ventrículo derecho y tronco de la Arteria Pulmonar.

El Ecocardiograma es el procedimiento diagnóstico por excelencia: confirma el diagnóstico con gran sensibilidad; da una buena imagen de la válvula y del aparato subvalvular, estima el área valvular y su gradiente transvalvular.

Tratamiento.

Como en todo paciente con valvulopatía, siempre debe tenerse presente las medidas de prevención de Endocarditis Infecciosa y de Fiebre Reumática.

El tratamiento específico depende fundamentalmente del grado de estenosis y de su traducción clínica. En general podemos separar dos grandes grupos: los pacientes asintomáticos, con área mitral > 1,4 cm. y los sintomáticos, con área menor de 1,2 cm.

El primer grupo debe manejarse con medidas generales y preventivas: evitar esfuerzos competitivos, limitar la ingesta de sal, uso de diuréticos y de B-Bloqueadores para control de la FC, tratamiento enérgico de las complicaciones infecciosas y de las arritmias, etc. Debe usarse tratamiento anticoagulante cuando se presenta una fibrilación auricular, cuando hay trombos auriculares al ECO y cuando hay antecedentes embólicos, incluso en ritmo sinusal.

En los pacientes sintomáticos con área < 1,2 cm. además de las medidas anteriores, está indicada una intervención destinada a dilatar la estenosis, que podrá ser Valvuloplastia con Balón percutáneo o Valvuloplastia Quirúrgica.

Existe un grupo intermedio, en que el área mitral está en el límite o los síntomas aparecen sólo ocasionalmente. En este grupo se puede plantear la intervención dependiendo de

factores personales, por ejemplo: una mujer joven en edad de embarazarse; un paciente que vive en una zona alejada y con pocos recursos médicos; un deportista que no desea estar limitado, etc. El éxito de la balón plastía depende del grado de compromiso valvular. Para objetivarlo se utiliza un puntaje (Score de Palacios) que evalúa: movilidad, engrosamiento valvular y subvalvular y calcificaciones.

La evolución alejada de los pacientes sometidos a balón-plastía está en relación con el grado de estenosis residual y con la aparición de una insuficiencia mitral secundaria al procedimiento, limitaciones que se asocian al mayor grado de distorsión y calcificación de los velos y del aparato subvalvular.

Tabla: Balón Plastía: Sobrevida libre de reintervención a 10 años

Experiencia UC (Boletín Escuela de Medicina – 2005)

Daño valvular leve-moderado (Score < 7)	85%
Daño valvular avanzado (Score > 7)	48%

La morbimortalidad de la **plastía mitral quirúrgica** es extraordinariamente baja y la evolución de los paciente es muy buena a largo plazo y sólo en un porcentaje bajo de pacientes reaparecen los síntomas, principalmente debido a re-estenosis mitral alejada o por insuficiencia tricúspide. En algunos casos no puede realizarse una plastía satisfactoria y se debe realizar reemplazo valvular, lo que implica mayor morbilidad.

La estenosis mitral es una secuela reumática, de lenta evolución.

En general se hace sintomática cuando el área mitral es < 1,4 cm.

Los síntomas más importantes son por hipertensión de la AI

Sus complicaciones más graves son :

- *Congestión pulmonar ⇒ edema pulmonar*
- *Embolías sistémicas por AC x FA*

Su diagnóstico se basa en el cuadro clínico, en el examen físico y en la RxTx.

Se confirma por Ecocardiografía.

Su tratamiento es la valvuloplastía, pero puede requerir reemplazo valvular.