

A propósito de 5 casos de prolapso de válvula mitral

Dres. Pacual Marotta*, Ana María Castiglioni**, Juan R. Arnaz*** y Tomás Caimi****

INTRODUCCION

Se entiende por prolapso mitral al hallazgo que durante la sístole, una valva (o menos frecuentemente ambas) de la válvula mitral se prolapsa o hace hernia hacia la aurícula izquierda. Esta entidad ha adquirido mayor trascendencia en los últimos años debido a la alta incidencia con que se la ha encontrado, incluso en personas asintomáticas, gracias a exámenes no invasivos tales como la ecocardiografía (2).

Puede verse en diferentes situaciones: habitualmente se distingue entre una forma congénita o idiopática (prolapso mitral primario) y una forma adquirida como consecuencia de una disfunción del aparato valvular (prolapso mitral secundario) (6). En el prolapso mitral primario la alteración esencial consiste en la degeneración mixomatosa valvular con la consiguiente sustitución por un tejido de menos consistencia, todo lo cual posibilita el prolapso de la o las valvas durante la sístole. En el prolapso mitral secundario en cambio, las valvas no se encuentran afectadas, existiendo si una disfunción del aparato valvular que impide la correcta coaptación de las mismas; esta disfunción puede deberse a: isquemia, infarto, fibrosis de los músculos papilares o del miocardio vecino, o por anomalías de la contracción ventricular.

Clinicamente (5) la afección se puede presentar de diversas maneras: algias precordiales atípicas de patogenia no definida, palpitaciones, disnea (sin elementos claros de insuficiencia cardíaca), fatigabilidad fácil, lipotimias y arritmias. Un buen número de pacientes carecen de sintomatología; al examen físico lo habitual es encontrar a la auscultación:

1 — un click telesistólico, causado por la puesta en tensión en el final de la sístole de la válvula prolapsada o de las cuerdas tendinosas de las mismas,

2 — un soplo en la telesístole, correspondiente al reflujo hacia la aurícula izquierda al final de la sístole, suave, musical y predominio en el apex.

Ninguno de estos dos elementos son constantes, pudiendo no auscultarse; cuando no se encuentran puede intentarse buscarlos con el paciente en distintas posiciones: una de las características de ambos elementos es su variabilidad.

Algunos pacientes van progresivamente a la insuficiencia de la válvula mitral, que se manifiesta igual que cualquier insuficiencia mitral y que puede llevar a la insuficiencia cardíaca izquierda. En otros puede producirse una ruptura tendinosa súbita con insuficiencia mitral aguda o agravación brusca de la ya existente.

Los exámenes de laboratorio:

a) ECG (7) no existe alteración patognomónica. Se encuentran alteraciones en el 19^o/o de los casos. Ellas son: alteraciones en la onda T y/o trastornos del segmento ST (depresión mayor de 1 mm) a cualquier nivel aunque son más frecuentes en cara diafragmática.

b) El ECG ambulatorio con registro permanente durante 24 h permite muchas veces, detectar arritmias: taquicardias supraventriculares, taquiarritmias, bradicardias a veces extremas y extrasístoles supraventriculares o ventriculares. El 70^o/o de estas arritmias son ventriculares y el 28^o/o de estas son arritmias graves (extrasístoles ventriculares multifocales, ensalva o crisis de taquicardias ventriculares) (3).

c) El fonocardiograma puede ser de utilidad, mostrando las características auscultatorias ya mencionadas.

d) El ecocardiograma que junto con la cineangiografía son los pilares diagnósticos de esta afección, muestra que las valvas no transcurren de manera normal, es decir juntas y en dirección ligeramente ascendente, sino que una o las dos prolapsan al comienzo, mitad o final de la sístole en dirección de la aurícula izquierda.

e) La cineangiografía muestra en forma directa el prolapso de la válvula mitral; si existe o no insuficiencia mitral y por último la

* Mayor Méd. Jefe del Dpto. de Medicina, H.C.F.F.AA.

** Equip. Tte. 2o Méd. Jefe de Sala, H.C.F.F.AA.

*** Alférez Méd. Dpto. de Medicina, H.C.F.F.AA.

**** Equip. Alf. Méd. Residente, Dpto. de Medicina, H.C.F.F.AA.

coronariografía descarta o no la enfermedad coronaria.

TRATAMIENTO (8):

- a) Del dolor torácico —los betabloqueantes son las drogas de elección para el tratamiento del dolor, a pesar de que su patogenia no es bien conocida (80 a 160 mg diarios).
- b) De las arritmias —los betabloqueantes son también las drogas de elección para el tratamiento tanto de las supraventriculares, como de las ventriculares. Su uso en cambio no parece ser efectivo para prevenir la aparición de arritmias.
En caso de bradicardia importante puede ser necesario la implantación de un marcapaso.
- c) Profilaxis de la endocarditis bacteriana— a pesar de que la frecuencia de endocarditis en el prolapso mitral es bajo, la incidencia es mayor que en la población en general; por lo que se recomienda la profilaxis con antibióticos frente a maniobras instrumentales (ginecológicas, urológicas o gastrointestinales, extracciones dentarias, operaciones, etc.).
- d) De la insuficiencia mitral— recambio valvular, si existe insuficiencia cardíaca, tratamiento clásico de la misma.

PRONOSTICO:

Se trata de una afección benigna. Ocasionalmente pueden ocurrir complicaciones graves, a veces mortales, como ruptura de cuerda tendinosa con insuficiencia cardíaca aguda, endocarditis bacteriana, arritmias graves o angina de pecho grave incluso de reposo por espasmo coronario.

De mal pronóstico son los casos en los que existen episodios bradicárdicos recidivantes.

CASOS CLINICOS

A continuación se analizarán 5 casos de pacientes con historia sugestiva de prolapso mitral y confirmación diagnóstica del mismo (ecocardiografía y/o cineangiocardiografía) estudiadas en el Hospital Central de las FF.AA. durante el año 1980. Se tomaron en cuenta solamente aquellos casos de prolapso mitral primitivo.

CASO 1

Registro N° 232319, sexo femenino, 45 años, sin antecedentes personales a destacar con historias de algias precordiales atípicas, acompañadas de exita-

ción y angustia, con dos internaciones en unidad coronaria.

Del examen físico se destacaba a la auscultación cardiovascular, frecuentes extrasístoles y click mesosistólico acompañado de murmullo telesistólico de escasa intensidad. Sucesivos ECG mostraron extrasístolia ventricular y trastornos difusos e inespecíficos de la repolarización. Los estudios radiológicos no evidenciaron alteraciones de la silueta cardiovascular. El cateterismo evidenció: arterias coronarias sin lesiones obstructivas; ventrículo izquierdo moderadamente hipertrófico. El ecocardiograma mostró prolapso válvula mitral.

CASO 2

Registro N° 255579, sexo masculino, 24 años, consulta por historia de dos meses de evolución, con precordialgia tipo puntada acompañada de palpitaciones, cefalea occipital y obnubilación sin pérdida de conocimiento, a veces durante el esfuerzo (era maratonista).

Al examen físico el paciente presentaba un biotipo normal a la auscultación un pequeño soplo protomesosistólico en apex. El ECG de reposo mostraba signos de probable hipertrofia del ventrículo izquierdo; la radiología de tórax era normal. El ecocardiograma puso de manifiesto prolapso mitral de la válvula posterior. Se trató con betabloqueantes mejorando toda la sintomatología.

CASO 3

Registro N° 132398, sexo masculino, 34 años, fumador, con historia de precordalgias atípicas, sin otros elementos acompañantes.

El examen físico cardiovascular era normal.

El ECG de reposo mostraba onda T negativa en derivaciones de cara disfragmática (D3, AVF); la prueba ergométrica resultó negativa y la radiología de tórax no evidenció alteraciones. El ecocardiograma mostró prolapso de válvula mitral.

CASO 4

Registro N° 180932, sexo femenino, 49 años, hipertensa, con historia de reiterados episodios de dolor precordial atípico y lipotimia.

Clinicamente el examen cardiovascular fue normal.

Nunca se detectaron alteraciones electrocardiográficas ni enzimáticas. La radiología de tórax sólo mostró probable aumento de ventrículo derecho; la cineangiocardiografía, mostró coronarias sin lesiones obstructivas; prolapso de válvula mitral.

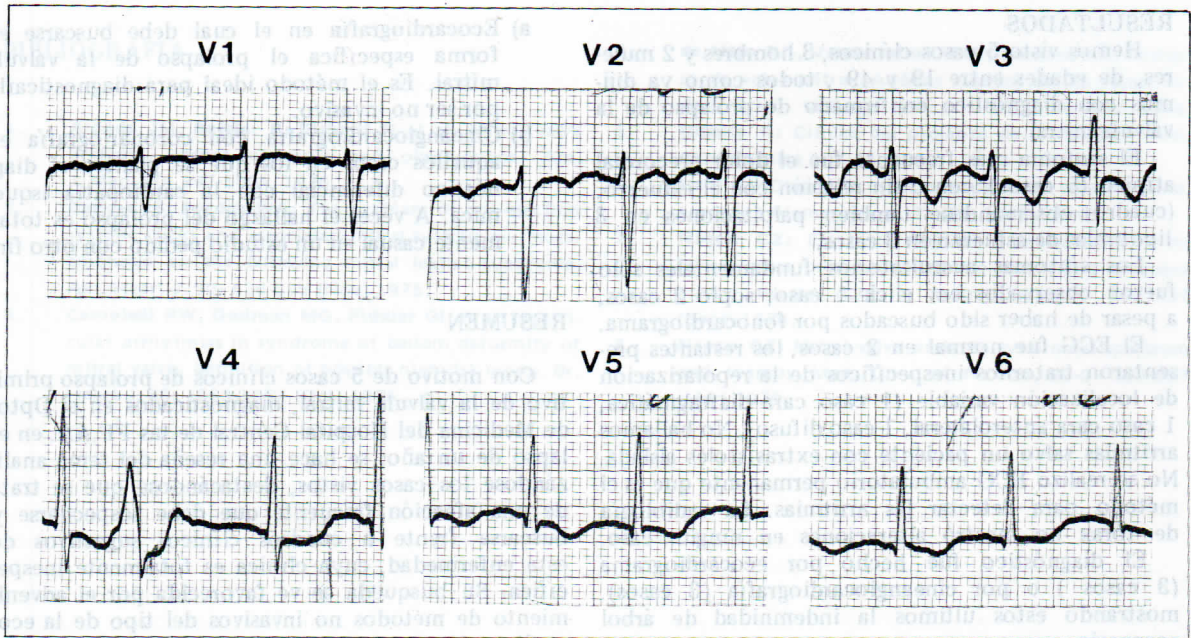


Figura 1

CASO 5

Registro No. 267337, sexo masculino, 19 años, sin antecedentes personales a destacar, con historia de dolores torácicos atípicos, de un año de evolución

sin clara relación al esfuerzo; disnea de esfuerzo esporádica. Ingresa en 3 oportunidades por dolor torácico y disnea.

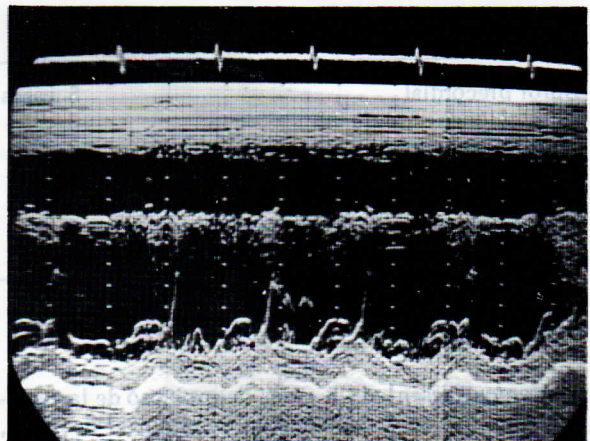
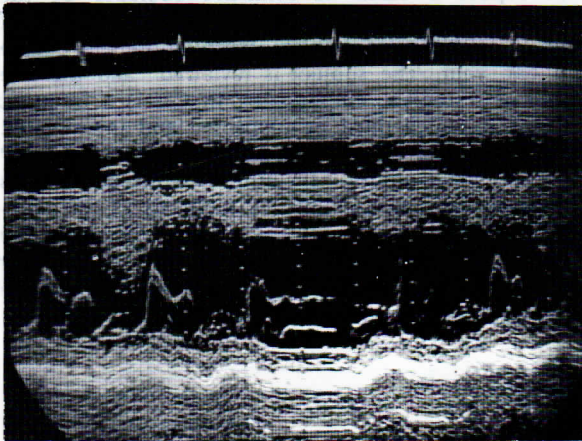


Figura 2

El examen físico no presentaba ningún elemento anormal; no cardiomegalia ni anomalidades auscultatorias.

El ECG mostró reiteradamente: trastornos de la repolarización de cara anterior y lateral, extrasístole supra y ventriculares aisladas. Figura 1.

A pesar de su edad y de la negatividad del examen físico, se pide cineangiografía que muestra:

coronariografía normal, prolapso de la válvula mitral sin insuficiencia mitral. El ecocardiograma confirma el prolapso de la válvula mitral. El fonocardiograma fue normal.

Se trató con betabloqueantes, desapareciendo la sintomatología. Persisten trastornos electrocardiográficos. Figura 2.

RESULTADOS

Hemos visto 5 casos clínicos, 3 hombres y 2 mujeres, de edades entre 19 y 49, todos como ya dijimos con diagnóstico confirmado de prolapso de la válvula mitral.

El síntoma más frecuente fue el dolor precordial atípico (5 casos), con o sin relación con el esfuerzo, (cuadro) observándose también palpitaciones en 3 lipotimias de esfuerzo en 3 casos.

Los síntomas auscultatorios fundamentales sólo fueron observados en: click 1 caso, soplo 2 casos, a pesar de haber sido buscados por fonocardiograma.

El ECG fue normal en 2 casos, los restantes presentaron trastornos inespecíficos de la repolarización de localización variable (1 caso cara diafragmática, 1 caso cara anterolateral, 1 caso difuso). No hallamos arritmias salvo un paciente con extrasístoles aislada. No se realizó ECG ambulatorio permanente que es el método para detectar las arritmias. La radiología de tórax no mostró alteraciones en ningún caso.

El diagnóstico fue hecho por ecocardiograma (3 casos) o por cineangiografía (3 casos), mostrando estos últimos la indemnidad de árbol coronario.

Ninguno de nuestros pacientes presentó insuficiencia mitral.

2 casos fueron tratados con betabloqueantes mejorando la sintomatología en ambos. El resto no requirió tratamiento.

CUADRO

HALLAZGOS EN 5 CASOS

Dolor precordial	5 casos
Palpitaciones	3 "
Lipotimias	3 "
Click	1 "
Soplo	2 "
ECG patológico	3 "
Rx de tórax patológicas	0 "

COMENTARIO

Hemos presentado 5 casos de prolapso de la válvula mitral que se diagnosticaron en el correr de 1980, en el Dpto. de Medicina del Hospital Central de las FF.AA.

Por tanto, considerando que se trata de una afección frecuente que debe sospecharse y buscarse frente a pacientes, sobre todo jóvenes con sufrimiento doloroso precordial atípico con o sin elementos auscultatorios (click y/o soplo telesistólico), con o sin trastornos electrocardiográficos.

Dado que disponemos actualmente de métodos no invasivos efectivos para el diagnóstico, su investigación es posible en todos los casos en que se sospeche.

El diagnóstico en todos los casos se confirmó por métodos paraclínicos:

- Ecocardiografía en el cual debe buscarse en forma específica el prolapso de la válvula mitral. Es el método ideal para diagnosticarlo por ser no invasivo.
- Cineangiografía con coronariografía en aquellos casos en los que se plantea el diagnóstico diferencial con la cardiopatía isquémica. A veces el hallazgo del prolapso es totalmente casual en un estudio pedido con otro fin.

RESUMEN

Con motivo de 5 casos clínicos de prolapso primitivo de la válvula mitral, diagnosticados en el Dpto. de Medicina del Hospital Central de las FF.AA. en el lapso de un año; se hace una reseña del tema analizando los casos vistos, destacándose que se trata de una afección frecuente que debe sospecharse y buscarse frente a cuadros clínicos sugestivos de esta enfermedad, cuya clínica es totalmente inespecífica. Su búsqueda se ve favorecida por el advenimiento de métodos no invasivos del tipo de la ecocardiografía que permite diagnosticarlo. La cineangiografía con coronariografía debe reservarse para aquellos casos en que se plantea el diagnóstico diferencial con la coronariopatía isquémica.

SUMMARY

We report 5 cases of Primitive Prolapse of the Mitral valve diagnosed at the Medicine Wards of the Armed Forces Central Hospital in the course of one year. The subject is reviewed and the five cases are studied, emphasizing that it is a frequent affection which must be suspected and investigated when we find clinical symptoms suggestive of the disease, which are non-specific. This investigation is favoured by new non-invasive methods as the echocardiography which enables us to diagnose the disease. Cineangiography should be left for those cases where differential diagnosis with coronary atherosclerosis is proposed.

RESUME

A propos de cinq cas de Prolapsus de la valve Mitrale (primitif), dont leur diagnostic a été fait dans les salles de Médecine de l'Hôpital Central des Forces Armées, au cours d'une année. On fait l'étude de malades, s'agit ici d'une affection fréquente que l'on doit supçonner et chercher face aux cadres suggestifs de cette maladie dont leur clinique n'esp pas spécifique. Cette recherche est favorisée par la pousée de nouvelles methodes non agresifs telles: l'échocardiographie qui permettra faire le diagnostique.

On doit réserver la angiographie avec coronarographie dans le cas où l'on doit établir le diagnostique differenciel avec la coronaropathie ischemique.

BIBLIOGRAFIA

1. **Aranda JM, Befeler B, Elsherif N et al:** Mitral valve prolapse, recent concepts and observations. Am. J. Med. 60: 997-1004, 1976.

2. **Barlow JB, Pocock WA:** The problem of non-ejection systolic clicks and associated mitral systolic murmurs: emphasis on the billowing mitral leaflet syndrome. Am. Heart J. 90: 636-655 (Nov) 1975.

3. **Campbell RW, Godman MG, Fiddler GI et al:** Ventricular arrhythmias in syndrome of ballom deformity of mitral valve: definition of possible high risk group. Br. Heart J. 38: 1053-1057 (Oct) 1976.

4. **de Melo RA, Vasconcellos MAT, Ferreira MF:** Prolapso da valva mitral. Análisis clínicos de 10 casos. Rv. Ass. Brasil Volumen 24 N° 11, novembre 1978.

5. **Dibello R:** Clínica del prolapso de la válvula mitral. Cardioclínica 1: 7-14, 1980.

6. **Heni HF:** Diagnóstico del prolapso de la válvula mitral. Medicina Alemana. Vol. 21 (9): 1956, 1980.

7. **Naggar CZ:** Electrocardiographic anomalies in the mitral valve prolapse syndrome mimicking coronary artery disease (CAD)— abstract CHEST 70: 437 (Sept) 1976.

8. **Naggar CZ:** Mitral valve prolapse syndrome: spectrum and therapy Med. Clin. of N. Am. 63-2: 337-357 (Mar) 1979.