

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

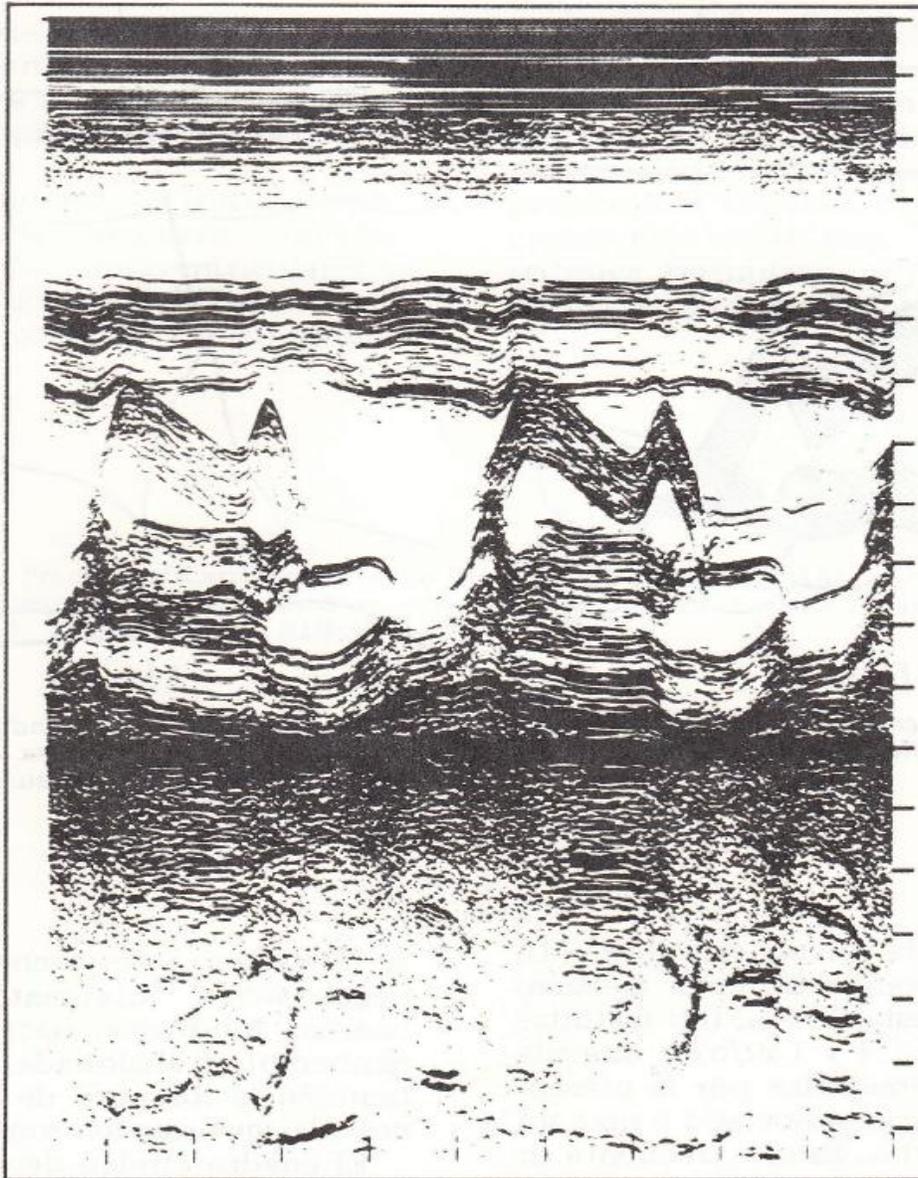
vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Mujer de 43 años, en quien se descubre un soplo mesosistólico en el ápex, irradiado a la axila y catalogado como de insuficiencia mitral. Desde entonces, en profilaxis mensual con penicilina benzatina. Su

capacidad funcional es I.

Un cardiólogo le solicita una ecocardiografía, que aparece en la figura 1;

¿Cuál es su diagnóstico?



* *Departamento de Enfermedades Cardiovasculares. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.*

Respuesta

La figura 2 representa el ecocardiograma de la paciente; la fig. 3 uno normal. Ambos muestran una válvula mitral. El caso corresponde a una válvula mitral

mixomatosa y con prolapso hacia la aurícula izquierda. Los velos aparecen engrosados y durante la segunda mitad del sístole existe un movimiento posterior (flecha). No hay alteración de la motilidad.

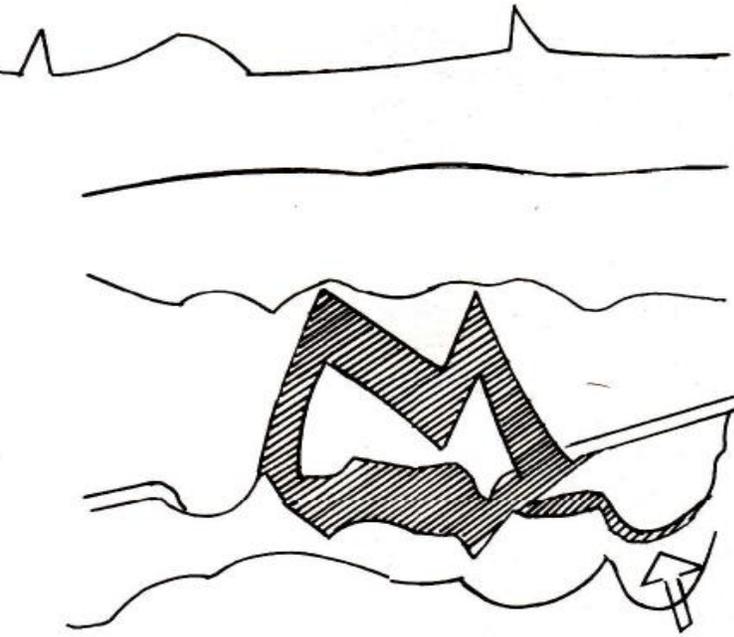


FIG. 2

Válvula mixomatosa, engrosada; nótese el prolapso del velo posterior (flecha).

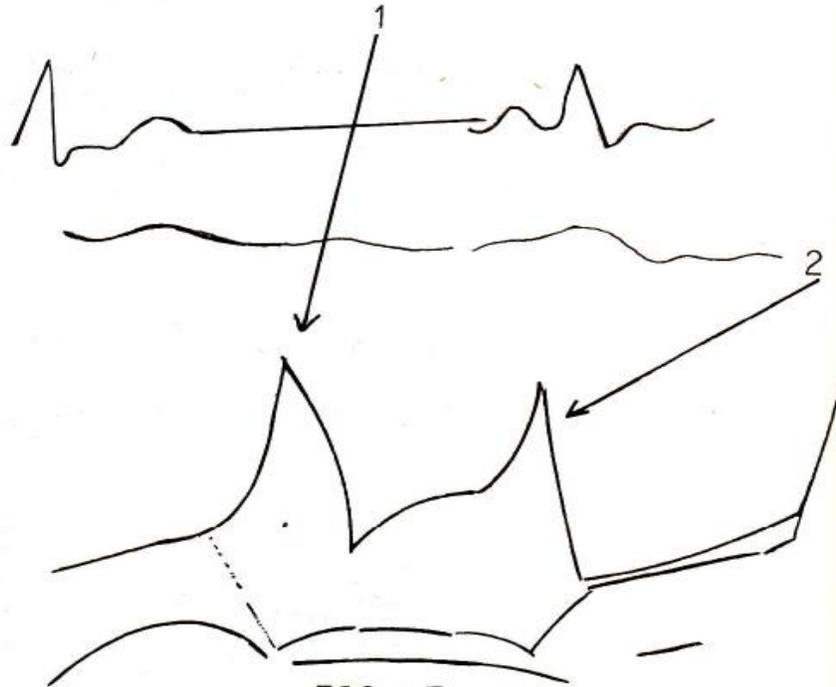


FIG. 3

Válvula normal. Flecha 1 indica excursión del velo anterior. Flecha 2 indica el movimiento provocado por la contracción auricular.

Comentario

El prolapso de la válvula mitral (PVM), es una afección congénita, cuya frecuencia no está bien establecida, (en distintas series oscila entre 1.4 y 14%) y que a la auscultación se caracteriza por la presencia de un click sistólico asociado o no a un soplo sistólico tardío. Es más frecuente en mujeres y aparece predominantemente entre los 14 y 30 años de edad.

Barlow en 1979, demostró que el PVM se debe a protrusión parcial o total de un velo mitral a la aurícula izquierda duran-

te el sístole. Esto es consecuencia de una degeneración mixomatosa de velos y cuerdas tendíneas, haciéndose la válvula exuberante y abalonada. A esto contribuye también la longitud de las cuerdas tendíneas, las que pueden romperse.

El cuadro clínico depende del grado de las alteraciones descritas: la mayoría de los pacientes son asintomáticos o tienen una leve insuficiencia mitral. En una minoría existen una variedad de síntomas, tales como: fatiga, disnea, dolor torácico

y palpitaciones. En estos casos es frecuente observar al electrocardiograma alteraciones de la repolarización ventricular en reposo o en ejercicio, extrasistolías ventriculares, supraventriculares y ocasionalmente otras arritmias.

En la mayoría de los casos, el soplo sistólico, se inicia con un click y es tardío. Varía con cambios de posición y respiración; su aparición puede ser incluso intermitente.

Al electrocardiograma, es frecuente observar alteraciones de la repolarización ventricular, extrasístoles supraventriculares y ventriculares y otras arritmias. Las complicaciones descritas son: muerte súbita por

arritmia, insuficiencia mitral significativa, endocarditis bacteriana y accidente vascular cerebral embólico, por desprendimiento de pequeños trombos o agregados plaquetarios formados en la superficie de estos velos patológicos. La ecocardiografía unidimensional es el método no invasivo de elección para confirmar el diagnóstico.

Los pacientes asintomáticos sólo requieren profilaxis de endocarditis bacteriana. En casos con síntomas leves, se puede usar propranolol en dosis bajas. Las complicaciones más serias, requieren terapia antiarrítmica, reemplazo valvular o el tratamiento médico que corresponda.

Referencias

- Johnson et al. The Practice of Cardiology. Little Brow Co. 1980; pg. 505-551.
- De María A., Neumann A. et al. Echocardiographic identification of the Mitral Valve Prolapse Syndrome. American J. of Medicine. 62: 819-829, 1977.

