

La hendidura mitral no es un misterio para el eco 3D

Mitral Cleft is not a Mystery to 3D Echocardiography

MARTÍN LOMBARDERO, CARLOS NOJEK^{MTSAC}

Las imágenes corresponden a un varón de 40 años (1,80 m² de superficie corporal) con antecedentes de insuficiencia mitral (interpretada como prolapso de la valva anterior mitral desde su infancia) y asintomático. Es deportista (maratonista de distancias medias, < 10 km). Se le suspende la actividad física y se le indica una evaluación global e integrada por eco transtorácico (ETT) 2D/3D y transesofágico (ETE) 2D/3D. Diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo (ETT) de 54 mm (30 mm/m²) y telesistólico de 26 mm (14 mm/m²). Fracción de eyección por ETT 3D: 61%. El *jet* de insuficiencia es de origen central, pero de dirección excéntrica (posterolateral), con vena contracta de 7 mm y orificio regurgitante efectivo de 0,58 cm² (en fin de sístole). Se observa una solución de continuidad en la valva anterior desde el eje corto del ETT 2D (Figura 1, TT1 y TT2), confirmando por ETE 3D una hendidura (*cleft*) de la valva anterior (Figura 1, 3D1 y 3D2). La valva anterior está engrosada e inserta a la misma altura de la valva septal tricuspídea. Presenta imagen de “disección”, cuya hoja superior se inserta a nivel del *septum primum* interauricular y la hoja inferior a nivel del *septum perimembranoso* (Figura 1, TE1). Se infunde solución de poligelina batida por vía intravenosa sin pasaje de microburbujas. Parte de la valva anterior desestructurada (sin el anclaje habitual) atraviesa el tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) y se inserta en la porción proximal del *septum* anterior, originando una ligera obstrucción (Figura 1, TE2). Se indica angiogramía multicorte coronaria (como evaluación preoperatoria), en cuyas imágenes se observan hendidura y anclaje parcial de la valva anterior similares a las del ETT 2D y el ETE 2D/3D (Figura 2, TC1, TC2 y TC3).

Las imágenes de cirugía muestran una hendidura de la valva anterior mitral (Figura 2, C1 y C2) y su reparación con cierre simple (Figura 2, C3). No se reparó la zona de anclaje de la valva anterior porque no había comunicación izquierda-derecha y por lo complicado de la reparación. Se trata entonces de una insuficiencia mitral congénita por hendidura de la valva anterior, con obstrucción leve en el TSVI por inserción anómala de tejido remanente de la valva anterior, en marco de un canal AV “frustrado o incompleto” (sin CIA *ostium* y con anclaje parcial de válvulas AV, sin completar el canal AV). El control posoperatorio del paciente mostró una ligera insuficiencia mitral, y actualmente practica deporte sin limitaciones.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.

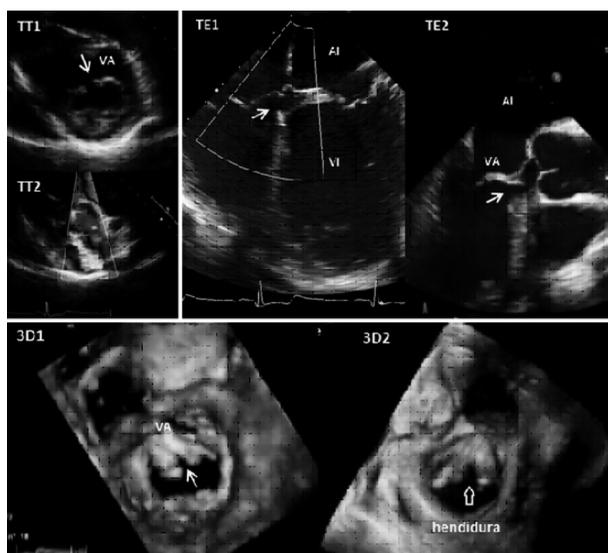


Fig. 1. TT1 y TT2. ETT 2D eje corto sin color y con color. TE1. ETE 2D 4 cámaras. TE2. ETE 2D en un plano a 120°. 3D1 y 3D2. Imágenes de ETE 3D tomadas desde una captura completa y gatillada. VA: Valva anterior. VI: Ventrículo izquierdo. AI: Aurícula izquierda.

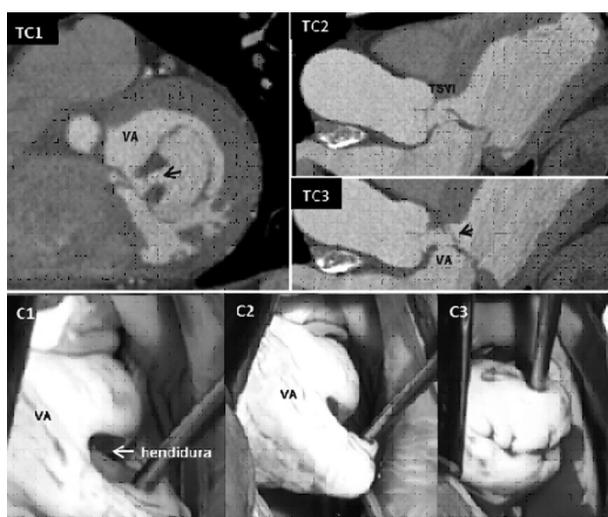


Fig. 2. TC1. Imagen de eje corto con visualización de la hendidura similar a la del ETT 2D. TC2 y TC3. Porción remanente de la valva anterior (VA) que atraviesa el tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI). C1 y C2. Imágenes de la hendidura en cirugía. C3. Imagen de cierre y reparación de la hendidura.