

Actualizaciones en ecocardiografía

Seis preguntas sobre prolapso de válvula mitral (PVM)

Contestan:

RICARDO J. ESPER

Jefe de la Sección Registros Gráficos
Externos del Servicio de Cardiología,
Hospital Militar Central,
Buenos Aires, Argentina

AUGUSTO F. TORINO

Jefe del Laboratorio de Fonomecánico
y Ecocardiografía de la Sección
Cardiología, Hospital de Clínicas
José de San Martín,
Buenos Aires, Argentina

MARIA M. BINELLO

Hospital Español,
Buenos Aires, Argentina

Coordinación:

HORACIO A. PREZIOSO*

Jefe de Ecocardiografía Pediátrica
del Instituto de Cardiología,
Buenos Aires, Argentina

RUBEN ALVAREZ

1. ¿Cuáles son los criterios ecocardiográficos de diagnóstico del PVM?

Dr. Esper

Con el modo M, un desnivel mesotelesistólico negativo del segmento C-D de la válvula mitral mayor de 2 mm, con la precaución de explorar desde el espacio intercostal estándar y registrando simultáneamente ambas valvas de la mitral. Cuando el prolapso es holosistólico es preferible considerar un desnivel de 3 mm.

Con los sistemas bidimensionales, un desplazamiento de una o ambas valvas de la mitral hacia la aurícula izquierda que sobrepase el anillo mitral durante la sístole en cualquiera de los planos longitudinales del corazón: el que sigue al eje mayor, el enfoque apexiano de las cuatro cámaras simultáneas o las dos cámaras izquierdas.

Dr. Torino

a) El movimiento telesistólico neto de una o ambas valvas, con una separación mayor de 2 mm del segmento C-D. Hay que tener la precaución de efectuar barridos de la válvula mitral pesquizando el prolapso en la zona de transición entre el ventrículo izquierdo y la pared auricular, evitando bajar la ganancia en forma sucesiva, pues los ecos de la valva prolapsante son débiles.

b) Movimiento holosistólico posterior (en hamaca). Es menos frecuente, y fácil de sobrediagnosticar al colocar el transductor en un espacio intercostal alto.

c) Signos indirectos: Excursión exagerada de ambas valvas, llegando la mayor a contactar con el septum; ecos múltiples en diástole por detrás de la valva menor (atribuibles a la exagerada redundancia del aparato valvular); signos de sobrecarga de volumen del ventrículo izquierdo cuando la regurgitación mitral es significativa.

Dra. Binello

En pacientes pediátricos no existe un criterio diagnóstico "en milímetros", pues naturalmente esto varía con la edad y la superficie corporal.

Es imprescindible tener un muy buen registro donde se diferencien claramente el endocardio y la valva posterior mitral, para evitar falsos diagnósticos. Tomando este recaudo, considero prolapso todo

Dirección Postal:

* Servicio de Cardiología,
Hospital Durand, Díaz Vélez 5044,
(1405) Buenos Aires, Argentina.

desplazamiento sistólico posterior "franco" de una o de ambas valvas.

2. *¿Qué conducta adopta ante pacientes con prolapsos dudosos y/o diferentes hallazgos clínicos, electro, fonomecano y ecocardiográficos?*

Dr. Esper

Ante un PVM definido o dudoso la conducta médica debe dirigirse a la terapéutica y, especialmente, a la profilaxis de sus complicaciones, las que podrían resumirse en: a) el injerto bacteriano, b) la progresión a una insuficiencia mitral más severa y c) la génesis de arritmias.

El injerto bacteriano es relativamente fácil de prevenir, especialmente en una población culta. La insuficiencia mitral, habitualmente producto de ruptura de cuerdas tendinosas, suele ser progresiva y presentarse después de la cuarta década, y podría ser beneficioso evitar los grandes esfuerzos físicos en esa época de la vida. Pero las arritmias pueden aparecer en cualquier edad y no tienen relación con la severidad del prolapso, pudiendo oscilar entre la extrasístole aislada y las arritmias ventriculares severas con su sombra de muerte súbita. Esta complicación debe siempre pesquizarse exhaustivamente y tratarse con toda energía.

Al paciente asintomático, y sin elementos que permitan sospechar complicaciones, se le debe permitir realizar vida normal, pero a todos se les debe aconsejar el control periódico e investigar al resto de los familiares, pues muchas veces este síndrome presenta coincidencia heredofamiliar.

Dr. Torino

En casos dudosos puede recurrirse a las maniobras sensibilizantes, como el nitrato de amilo y la fase de presión de la maniobra de Valsalva, que exageran el prolapso. Si se puede recurrir al ecocardiograma bidimensional, es un buen método complementario de diagnóstico.

Dra. Binello

Si no es posible obtener un registro de buena calidad o si el desplazamiento no es bien eviden-

te —ni siquiera en ecocardiografía bidimensional— el paciente debe ser mantenido bajo control periódico, sin rotularlo como "prolapso" (ver también pregunta 6).

3. *¿Qué espera usted del seguimiento a largo plazo del PVM desde el punto de vista clínico y ecocardiográfico?*

Dr. Esper

En especial si se produce la evolución a una insuficiencia mitral más severa, pues ésta suele progresar paulatinamente, dando lugar al planteamiento quirúrgico programado y evitar, de esta manera, desembocar en un cuadro agudo que puede comprometer la vida del paciente. Además, en cada control, investigar rigurosamente la posibilidad de arritmias y recalcar las medidas precautorias para evitar injertos bacterianos.

Dr. Torino

El seguimiento a largo plazo de los pacientes con prolapso permite prevenir y/o diagnosticar las complicaciones del mismo: a) el riesgo de padecer una endocarditis infecciosa (la hemos observado en tres casos durante el último año), que lógicamente induce a efectuar la profilaxis correspondiente; este último criterio no es aceptado universalmente; b) la insuficiencia mitral significativa por ruptura cordal; y c) el peligro de la muerte súbita (sólo tenemos referencia de un caso diagnosticado en el Hospital de Clínicas) atribuible a arritmias cardíacas graves.

Dra. Binello

En el prolapso aislado el pronóstico es bueno y pienso que no deben esperarse cambios clínicos ni ecocardiográficos. Cuando el prolapso se asocia a enfermedades del tejido conectivo (Marfan, Ehler, Danlos, etc.) el pronóstico es diferente, pues el prolapso puede acentuarse y llegar incluso a la ruptura de cuerdas tendinosas.

Cuando se encuentra PVM en una carditis reumática aguda puede esperarse la desaparición del mismo (ver pregunta 4).

4. *¿Encuentra relación etiológica entre el PVM y la fiebre reumática?*

Dr. Esper

No. Aunque algunas deformaciones reumáticas menores de la válvula mitral pueden acompañarse de soplos telesistólicos y a veces simular prolapsos holosistólicos en el ecocardiograma.

Dr. Torino

Se menciona en la literatura como una de las causas de prolapso a la endocarditis reumática, que anatomopatológicamente se caracteriza por fusión comisural y retracción valvular y cordal, justamente la antítesis de la válvula prolapsante mixomatosa. Sin embargo, en uno de los prolapsos complicados con endocarditis infecciosa que estudiamos y que falleció, en su estudio anatómico los patólogos se inclinaron por la etiología reumática de su valvulopatía en base a la fibrosis y retracción del aparato cordal.

Dra. Binello

Hemos visto prolapso en la fiebre reumática aguda o subaguda en 3 casos sobre 40 pacientes estudiados. En 2 de ellos el prolapso mostró evolutividad con desaparición del mismo en controles posteriores (entre seis meses y un año), lo cual sugiere la naturaleza reumática del mismo.

5. *¿Qué otros estudios considera de valor, además el fono y del ecocardiograma, en el PVM?*

Dr. Esper

El electrocardiograma de esfuerzo y ambulatorio, sistema Holter, que permiten detectar arritmias ocultas en situaciones de reposo.

Dr. Torino

El Holter y la ergometría, pues permiten detectar arritmias que necesiten tratamiento médico en vía de prevenir la muerte súbita.

Dra. Binello

El ecocardiograma bidimensional.

6. *¿Cuál es la importancia de la ecocardiografía bidimensional en el PVM?*

Dr. Esper

La valva posterior de la mitral, la más proclive a prolapsarse, anatómicamente tiene tres festones que pueden prolapsar individualmente. La valva posterior rodea a la anterior, ocupando más de la mitad de la circunferencia del anillo mitral. Por esta razón, el haz ultrasónico del modo M puede explorar sólo una parte de la valva, aun utilizando las vías subxifoidea y supraesternal, y fácilmente puede obviar prolapsos pequeños o localizados en un solo festón de la valva posterior.

Los sistemas bidimensionales exploran el eje mayor del corazón desde diversos planos y permiten una imagen completa de la mitral, resultando el método por excelencia para detectar prolapsos, habiendo demostrado ser más sensible que hasta la angiografía selectiva del ventrículo izquierdo. Además, al tener una visión completa del corazón, facilita el estudio de la válvula tricúspide, que en algunos casos presenta un prolapso acompañando al mitral, y de la contractilidad del ventrículo izquierdo, que en esta patología presenta frecuentes hipoquinesias, aquinesias y/o disquinesias.

Dr. Torino

Es un excelente complemento del estudio en modo M, sobre todo en los casos dudosos, pues permite visualizar con certeza el movimiento anormal, tanto de la valva mayor como de la valva menor por encima del plano del anillo, o bien apreciar el desplazamiento de su punto de coacción. En nuestro laboratorio estamos adquiriendo experiencia, las limitaciones de esta última técnica están dadas por la necesidad de obtener registros satisfactorios, en lo cual interviene la resolución del aparato utilizado.

Dra. Binello

Muchos de los casos dudosos se aclaran con el ecocardiograma bidimensional en la vista de cuatro cámaras desde el ápex, especialmente si el prolapso es de valva anterior.