

Insuficiencia mitral grave

Boletín de Información Clínica Terapéutica de la ANMM^a



Foto: Dr. Sáez Ibarra

DEFINICIÓN

Se conoce como insuficiencia mitral a la falta de coaptación o cierre de las hojuelas de la válvula mitral, lo que permite que la sangre del ventrículo izquierdo regrese a la aurícula del mismo lado durante la diástole. En consecuencia, se eleva tanto el volumen como la presión auricular y disminuye el volumen que expulsa el ventrículo izquierdo hacia la aorta y la circulación periférica.

ETIOLOGÍA

Tradicionalmente y dada la enorme prevalencia de la fiebre reumática en nuestro país durante la primera mitad del siglo XX, las lesiones de la válvula mitral se atribuían en más de un 95%, a la lesión residual de la cardiopatía reumática, la que en sus fases avanzadas desencadenaba insuficiencia mitral, al provocar una deformación de tipo cicatricial en los bordes de las valvas, volviendo imposible el cierre adecuado de la válvula.

Como consecuencia de la campaña contra la fiebre reumática en los años cincuenta, la etiología

reumática de las lesiones valvulares fue progresivamente disminuyendo hasta ser, en la actualidad, de un 15% en aquellos casos en donde se establece el diagnóstico de insuficiencia mitral. A esto hay que añadirle el progreso y mejores esquemas terapéuticos que se han desarrollado para las cardiopatías en los últimos cincuenta años, que han permitido disminuir en una forma muy significativa la mortalidad por las complicaciones de padecimientos como la cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial o la diabetes mellitus, redundando en una mayor expectativa de vida de nuestra población.

Hoy es posible ver miocardiopatías isquémicas, es decir, daño miocárdico a consecuencia de infartos o angina de pecho crónica estable; miocardiopatías hipertensivas como consecuencia de la hipertensión arterial crónica; o miocardiopatías de tipo metabólico como consecuencia de diabetes mellitus; independientemente de las miocardiopatías idiopáticas o de causa desconocida, las que se diagnostican con mayor frecuencia, merced a los métodos de imagen y evaluación más modernos y precisos.

Todas las miocardiopatías dilatadas comparten entre sí un cambio común, la deformación de la cavidad ventricular izquierda y la del aparato de sostén de la válvula mitral, lo que trae como consecuencia

^aAcademia Nacional de Medicina. Insuficiencia mitral grave. Boletín de Información Clínica Terapéutica. 2015;24(1):6-8.

la dilatación del anillo de soporte de la misma válvula y la falta de cierre de las valvas, desencadenando insuficiencia mitral sin daño o afectación de sus valvas *per se*, pero con la repercusión funcional o hemodinámica a la que nos referíamos, en el caso de las de origen reumático.

SINTOMATOLOGÍA

Dados los incrementos en la presión de la aurícula izquierda, que se transmiten directamente al territorio venocapilar del pulmón, existe un aumento de los líquidos en el espacio intersticial del tejido pulmonar, volviéndolo más rígido y de mayor resistencia al movimiento; lo que el paciente percibe como disnea de esfuerzo. A medida que la lesión progresa y la presión venocapilar pulmonar aumenta, el paciente merma paulatinamente su capacidad para realizar mayores actividades, presentando lo que se denomina disnea de carácter progresivo, que puede llegar a interferir con el desarrollo de las actividades cotidianas y simples. En casos extremos, la disnea llega a ser de reposo e impide el decúbito del enfermo.

Simultáneamente, el paciente nota las consecuencias de la circulación periférica disminuida, es decir, además de la disnea hay fatiga, así como falta de fuerza muscular para desarrollar actividad física, la que también se va incrementando a medida que el grado de reflujo, a través de la válvula mitral, aumenta durante la sístole.

EVALUACIÓN

Aunque la clínica derivada del análisis de la sintomatología del enfermo, el encontrar datos en la exploración de crecimiento cardíaco y la presencia de un soplo sistólico en foco mitral son extraordinarios indicadores de la magnitud de la lesión, es necesaria la gradación de la repercusión de la insuficiencia mitral, con miras al planteamiento terapéutico que puede llevarse a cabo.

Los métodos auxiliares de diagnóstico son útiles y de ellos podemos mencionar la telerradiografía de tórax (idealmente la serie cardíaca) y el electrocardiograma. En la telerradiografía de tórax se pueden encontrar datos de crecimiento de la silueta cardíaca, de hipertensión venocapilar pulmonar y hasta de

hipertensión pulmonar. En el electrocardiograma en cambio, se llega a observar crecimiento de cavidades y trastornos del ritmo, como consecuencia de la lesión mitral (fibrilación atrial). Sin embargo, ambos estudios tienen la característica de ser relativamente poco sensibles, poco específicos y, sobre todo, dependientes de la experiencia del observador, para darles un valor adecuado a los hallazgos.

Actualmente, el ecocardiograma es el método ideal para graduar la magnitud de la insuficiencia mitral, y con técnicas avanzadas como el estudio tridimensional permite “ver” la morfología de la válvula para orientar a su tratamiento.

Por otro lado, el ecocardiograma bidimensional puede realizar una serie de mediciones con las que se puede evaluar el tamaño de la cavidades del corazón, tanto en sístole como en diástole, y determinar mediante cálculos matemáticos la cantidad de sangre que entra al ventrículo izquierdo, la que sale por la aorta y el volumen de sangre que regresa a la aurícula izquierda. Con este tipo de mediciones es posible establecer el área de isovelocidad proximal (PISA por sus siglas en inglés) y a través de ella, calificar a la insuficiencia mitral como ligera, cuando el radio de PISA es menor a 4 mm; moderada (radio PISA < 8 mm); y grave (radio PISA ≥ 8 mm).

Estas medidas son importantes, ya que los pacientes con calificaciones de lesión leve a moderada pueden o no requerir tratamiento médico, ya que cuentan con una elevada expectativa de vida libre de síntomas, por lo que solo requieren de vigilancia estrecha; mientras que los pacientes considerados como graves, requieren tratamiento intervencionista o quirúrgico.

INDICACIÓN DEL TRATAMIENTO

El inicio del tratamiento de la insuficiencia mitral grave, ha sido motivo de discusión en los últimos años. Por ejemplo, mientras el Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Americana de Cardiología establecen que el tratamiento debe iniciarse a partir del diagnóstico; la Sociedad Europea de Cardiología, lo recomienda a partir de la aparición de los primeros síntomas.

Publicaciones recientes sobre los resultados obtenidos del tratamiento quirúrgico precoz de la insu-



ficiencia mitral grave en enormes series de pacientes revela una mejor y más prolongada expectativa de vida, así como un reducido número de complicaciones durante el procedimiento y un menor número de recaídas a mediano y largo plazo. Con base en lo anterior, es posible que en los próximos años, se modifique el criterio de inicio del tratamiento quirúrgico.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

En nuestro país, como consecuencia del elevado número de lesiones provocadas por la fiebre reumática, la substitución de la válvula mitral por una prótesis mecánica o biológica, ha dado resultados altamente satisfactorios, no obstante que en la mayoría de los casos, es necesario que el paciente se mantenga bajo

tratamiento anticoagulante el resto de su vida. En aquellos países en donde la prevalencia de procesos degenerativos son la principal causa de insuficiencia mitral, la reparación de la válvula y el conservar, mediante esta modalidad terapéutica a la válvula nativa, permite obtener muy buenos resultados sin la necesidad de anticoagulación, salvo en aquellos casos en donde se tengan trastornos del ritmo asociados.

Por lo anterior, será necesario el entrenamiento y el implante de estas técnicas en los centros donde se tratan pacientes con insuficiencia mitral grave, con el objetivo de utilizar una alternativa (plastía) con la que se ha demostrado que puede ofrecer al paciente, una mayor y más segura expectativa de vida.

TRATAMIENTO INTERVENCIONISTA

Recientemente se ha desarrollado una técnica con la cual, a través de catéteres, es posible disminuir la regurgitación por la válvula mitral. La técnica de cateterismo transeptal auxiliada por ecocardiografía tridimensional en tiempo real, permite colocar sobre los velos de las valvas de la válvula mitral dispositivos denominados mitra clip, los que al acercar a las valvas, disminuyen la fuga que se presenta durante la sístole. Con esta técnica se ha logrado incluso, la remodelación y reducción en el tamaño del ventrículo izquierdo, lo que traduce el beneficio obtenido con la estabilización hemodinámica.

El tratamiento intervencionista evita que el paciente sea sometido a la toracotomía y cirugía con circulación extracorpórea, con los riesgos que lleva de manera intrínseca; el tiempo de intervención es mucho más corto, y la recuperación es, también, más corta. El tiempo promedio de hospitalización del paciente es de 48 horas y los resultados son notorios de manera inmediata.

CONCLUSIÓN

La insuficiencia mitral grave es una patología que estamos viendo con mayor frecuencia en nuestra población. Su etiología se ha modificado merced al cambio epidemiológico que hemos tenido en los últimos 50 años. Los tratamientos deben actualizarse y modificarse, de acuerdo a esta nueva modalidad de cardiopatías. ●