



ESTENOSIS MITRAL

1 GENERALIDADES

El orificio mitral normal mide 4-5 cm² .y se precisan reducciones inferiores a 2.5 cm² para que provoque repercusión fisiopatológica. Hay tres grados de Estenosis :

ECOCARDIOGRAMA	Leve	Moderada	Severa
Grad medio (mmHg)	< 5	5-10	> 10
PSAP (mmHg)	< 30	30-50	> 50
Area (cm ²)	1,5-2	1-1,5	< 1

- ❖ **Etiología:** reumática casi siempre, también puede ser congénita y degenerativa.
- ❖ **Síntomas:** disnea, hemoptisis, palpitaciones, embolismos.
- ❖ **Signos:** chapetas malares, auscultación cardíaca: primer ruido fuerte chasquido de apertura, soplo de llenado y refuerzo presistólico si existe ritmo sinusal. Síntomas y signos derivados de Hipertensión Pulmonar..
- ❖ **Pronóstico:** en Europa occidental la evolución natural a partir de padecer la fiebre reumática, los pacientes están asintomáticos 15-20 años, posteriormente tienen G.F.II durante 5-10 años y después G.F.III y IV.

2 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

2.1 Rx de tórax

- ❖ Crecimiento aurícula izquierda y cavidades derechas. Congestión pulmonar. Calcificación valvular. Cono de arteria pulmonar dilatado
- ❖ Indicaciones: basal en todos los pacientes con sospecha/diagnóstico de estenosis mitral.

2.2 ECG

- ❖ Crecimiento de aurícula izquierda y de cavidades derechas. Alteraciones del ritmo
- ❖ Indicaciones: basal en todos los pacientes con sospecha/diagnóstico de estenosis mitral

2.3 Ecocardiograma

- ❖ Área valvular mitral, gradiente diastólico mitral, estado del aparato valvular y subvalvular, presión sistólica de arteria pulmonar.
- ❖ Indicaciones:
 - ETT:
 - Basal en todos los pacientes con sospecha/diagnóstico de estenosis mitral.
 - En el seguimiento según severidad (ver apartado específico).
 - ETE:
 - Si el estudio trastorácico es de mala calidad
 - Si se precisa descartar trombos en aurícula izda y/o orejuela izqda



2.4 Ergometría

- ❖ Indicaciones:
 - En caso de dudas sobre la clase funcional

2.5 Ecocardiograma con esfuerzo

- ❖ Comportamiento de la PSAP y gradiente transmitral con el esfuerzo
- ❖ Indicaciones: si existe discrepancia entre la clínica y la severidad de la EM:
 - En pacientes asintomáticos con EM moderada-severa y PSAP < 50 mmHg.
 - En pacientes sintomáticos con EM leve.

2.6 Estudio hemodinámico

- ❖ Informa sobre la severidad de la estenosis, presión pulmonar y función ventricular.
- ❖ Indicaciones: cuando los estudios no invasivos no son concluyentes o existe discrepancia entre la clínica y los datos ecocardiográficos

2.7 Coronariografía

- ❖ Indicaciones: en pacientes con indicación de recambio valvular y alguna de las siguientes características: mayores de 55 años en varones y de 60 en mujeres, antecedentes de angina o infarto y presencia de dos o más FRCV.

3 TRATAMIENTO

3.1 Tratamiento farmacológico

- ❖ Prevención de fiebre reumática con Penicilina G Benzatina 1.200.000 U/4 semanas hasta los 25 años si no tiene valvulopatía y hasta los 40 años si valvulopatía.
- ❖ Profilaxis de endocarditis bacteriana.
- ❖ Si fibrilación auricular tratamiento de ésta (digital, β bloqueantes, verapamil, diltiazem para controlar la fc.).
- ❖ Diuréticos y nitratos para combatir la congestión pulmonar y/o sistémica.

3.2 Indicaciones de anticoagulación

- ❖ Embolismo arterial previo
- ❖ Fibrilación auricular crónica o paroxística
- ❖ Ritmo sinusal y aurícula izquierda de tamaño ≥ 55 mm.

3.3 Indicaciones de cardioversión

- ❖ Se puede practicar si FA de menos de un año de antigüedad y AI < 60 mm.
 - ❖ Se puede practicar si FA de antigüedad desconocida y AI < 55 mm.
- Si se indica cirugía o valvuloplastia se practicará después de las intervenciones. No se practicará si hubo cardioversiones previas y mantuvo ritmo sinusal menos de 6 meses.

3.4 Indicaciones de valvuloplastia percutánea con balón

Los pacientes tributarios de valvuloplastia mitral percutánea recibirán anticoagulación con dicumarínicos por lo menos durante un mes antes del procedimiento y en las 48 horas previas a la valvuloplastia se realizará ETE para descartar trombos en la aurícula izquierda. La reestenosis es del 40% a los 7 años.



- ❖ Indicaciones de valvuloplastia con balón:
 - Pacientes sintomáticos en GF II, III o IV/IV con EM moderada-severa, y morfología de válvulas favorable.
 - Pacientes asintomáticos con EM moderada-severa, morfología de válvulas favorable para el procedimiento que tienen HTP (PSAP > 50 mmHg en reposo o > 60 mmHg tras esfuerzo).
 - Pacientes sintomáticos en GF III-IV/IV con EM moderada-severa y válvula calcificada poco móvil pero con un riesgo elevado para la cirugía.
- ❖ Contraindicaciones de valvuloplastia con balón:
 - Trombo en AI.
 - IM moderada-severa.

3.5 Indicaciones de reparación mitral con cirugía

La reestenosis es del 40-50% a los 10-15 años.

- ❖ Pacientes sintomáticos en GF II, III o IV/IV con EM moderada-severa, con morfología valvular favorable para la reparación si la valvuloplastia con balón no está accesible.
- ❖ Pacientes sintomáticos en G.F. II, III o IV/IV con EM moderada-severa y morfología valvular favorable si persiste trombo en aurícula izquierda a pesar de la anticoagulación.
- ❖ Pacientes muy sintomáticos en G.F. III-IV/IV con EM moderada-severa y válvula calcificada poco móvil, a decidir en quirófano reparación o prótesis.

3.6 Indicaciones de prótesis valvular mitral

- ❖ Pacientes con EM moderada-severa y GF III-IV/IV que no se puede reparar por otros métodos.
- ❖ Pacientes con EM severa e HTP severa (PSAP 60-80 mmHg en reposo) y GF I-II/IV que no se puedan reparar por otros métodos.

3.7 Situaciones especiales

- ❖ Ancianos: siempre que sea posible realizar valvuloplastia con balón, si la anatomía no fuese favorable se realizará cirugía.
- ❖ Embarazadas: la valvuloplastia percutánea es la técnica de elección y el feto tendrá protección de radiación con delantales en el abdomen de la madre.
- ❖ HTP >80 mm Hg en reposo, hacer test de reversibilidad y estudio de función de ventrículo derecho (ecocardiograma y/o isótopos). Si HTP es irreversible tratamiento médico.
- ❖ EM leve con síntomas. Se realizará ecocardiograma de esfuerzo. Si la PSAP es > 60 mmHg o el gradiente transmitral medio es > 15 mmHg tras el esfuerzo se realizará valvuloplastia con balón y si la anatomía no fuese favorable cirugía mitral (no en GF II).

4 SEGUIMIENTO

4.1 Asintomáticos no intervenidos

- ❖ Estenosis mitral leve: revisión y eco cada 3 años.
- ❖ Estenosis mitral moderada: revisión y eco cada año.



- ❖ Estenosis mitral severa: revisión y eco cada 6 meses.
* Instruir para acudir a su médico si apareciesen síntomas.

4.2 Valvuloplastia con balón

- ❖ El ecocardiograma no es fiable hasta pasados tres días del procedimiento ya que la velocimetría doppler está alterada por el cambio de distensibilidad en las cámaras. Se valorará el área mitral, el gradiente transmitral, la P.S.A.P., la continencia de la válvula y la integridad del tabique interauricular.
- ❖ Hacer control clínico y ecocardiográfico a las 4-6 semanas y posteriormente revisiones anuales. Realizar ecocardiograma si hay de nuevo síntomas o cambios en la exploración.

4.3 Cirugía reparadora

- ❖ Ecocardiograma antes del alta con valoración igual a Valvuloplastia con balón excepto el tabique interauricular.
- ❖ Hacer control clínico a las 4-6 semanas y posteriormente revisiones anuales. Realizar ecocardiograma si hay de nuevo síntomas o cambios en la exploración.

4.4 Prótesis mitral

- ❖ Prótesis mecánicas: realizar ecocardiograma antes del alta. Control clínico a las 4-6 semanas y si tiene función de V.I. normal y PSAP normal o ligeramente elevada hacer revisiones anuales y hacer ecocardiograma si aparecen síntomas o cambios en exploración.
- ❖ Prótesis Biológicas: igual a las mecánicas y ecocardiograma anual a partir del 5º año de la implantación protésica.



