



INSUFICIENCIA MITRAL CRÓNICA

1 GENERALIDADES

La identificación del mecanismo de la regurgitación mitral es esencial ya que el pronóstico, la terapia médica y la potencial necesidad de intervención quirúrgica dependen tanto de la causa como de la severidad de la enfermedad.

- ❖ **Etiología:** degenerativa-mixomatosa, cardiopatía isquémica, enfermedad reumática, prolapso mitral, endocarditis infecciosa, enfermedades del tejido conectivo, fármacos anoréxicos.
- ❖ **Síntomas:** disnea, palpitaciones.
- ❖ **Signos:** latido hipercinético en apex, desplazado hacia la izquierda y abajo, soplo holosistólicoa irradiado a axila, en ocasiones asociado a 3º tono.

2 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

2.1 Rx de tórax

- ❖ Dilatación de cavidades izquierdas y signos de congestión pulmonar
- ❖ Indicaciones: basal en todos los pacientes con sospecha/diagnóstico de insuficiencia mitral

2.2 ECG

- ❖ CAI, HVI, FA
- ❖ Indicaciones : basal en todos los pacientes con sospecha/diagnóstico de insuficiencia mitral

2.3 Ecocardiograma

- ❖ Informa sobre la severidad de la regurgitación, la etiología y los diámetros y función del VI.
- ❖ Indicaciones:
 - ETT:
 - Basal en todos los pacientes con sospecha/diagnóstico de regurgitación.
 - En el seguimiento según severidad (ver apartado específico).
 - Para controlar el efecto del tratamiento médico (sobre la severidad de la regurgitación y la función del VI) cuando esto influya en el manejo posterior.
 - ETE:
 - Intraoperatorio para guiar reconstrucción y en caso de ETT subóptimo

2.4 Ergometría

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

2.5 Estudio hemodinámico

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



2.6 Coronariografía

- ❖ Indicaciones: basal en pacientes con sospecha insuficiencia mitral de origen isquémico y 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 CRITERIOS DE SEVERIDAD

	Leve	Moderada	Severa
Grado angiográfico	1+	2+	3-4+
Área color (cm ²)	< 4	4-8	> 8
Vena contracta (cm)	< 0.3	0.3-0.69	≥ 0.7
Volumen regurgitante (ml/lat)	< 30	30-59	≥ 60
Fracción regurgitante (%)	< 30	30-49	≥ 50
ORE (cm ²)	< 0.2	0.2-0.39	≥ 0.4
Tamaño AI			Grande
Tamaño VI			Grande

4 TRATAMIENTO

4.1 Médico

- ❖ Los vasodilatadores son efectivos para mejorar los síntomas en pacientes con insuficiencia mitral asociada a dilatación ventricular y disfunción sistólica, pero su uso no debe retrasar la consideración de la intervención quirúrgica. No hay datos que apoyen su uso en pacientes asintomáticos y función ventricular normal.
- ❖ Profilaxis de endocarditis bacteriana si indicación
- ❖ Si fibrilación auricular tratamiento de ésta
- ❖ Anticoagulación: si FA, AI > 55 mm o antecedentes embólicos

4.2 Quirúrgico

En la insuficiencia mitral severa crónica la cirugía valvular está indicada en los siguientes casos:

- ❖ Pacientes con FVI normal (FE>60% y DTS<40mm) si :
 - Presentan FA
 - Presentan HTP (PSAP>50 en reposo o PSAP>60 en ejercicio)
 - Presentan GF ≥ II. En GF II la cirugía se realizará SÓLO si es posible la reparación mitral.
- ❖ Pacientes con disfunción de VI (FE 30%-60% y/o DTS 40-55 mm).
- ❖ Pacientes con disfunción severa de VI (FE<30% y/o DTS>55 mm) UNICAMENTE si cirugía reparadora posible (preservar el aparato subvalvular), debiendo individualizarse cada caso.



4.3 Situaciones especiales

- ❖ Ancianos: en pacientes GF I y II con FEVI normal la cirugía no sería para mejorar la calidad de vida si no únicamente como profilaxis de disfunción ventricular por lo que se valorará cuidadosamente la relación riesgo/beneficio.
- ❖ Si PSAP > 80 mmHg: confirmar reversibilidad en Hemodinámica con test vasodilatador. Si negativo contraindicar cirugía.
- ❖ Insuficiencia mitral isquémica:
 - IM isquémica aguda o con datos de isquemia o viabilidad
 - Válvula estructuralmente normal: revascularización
 - Daño estructural: coronariografía diagnóstica y cirugía de revascularización y de recambio valvular
 - IM isquémica crónica (miocardio no viable)
 - Válvula estructuralmente normal y FE normal: cirugía valvular (por ej disfunción aislada del músculo papilar
 - Dilatación del anillo valvular: en estos casos la cirugía valvular está desaconsejada.

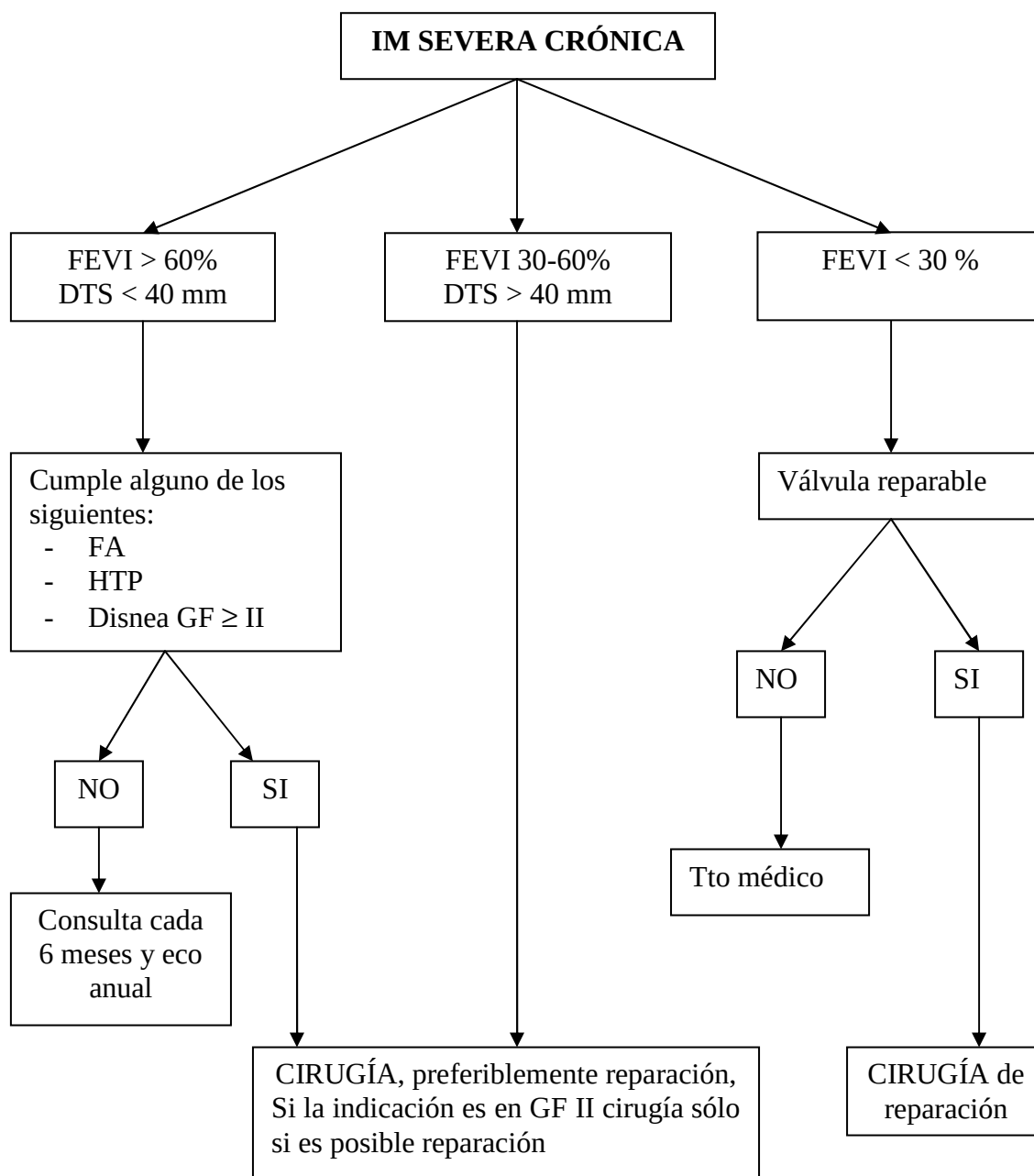
5 SEGUIMIENTO

5.1 Precirugía

- ❖ IM severa asintomática: consulta cada 6 meses y eco anual. Si función limítrofe (FEVI < 65%) eco cada 6 meses.
- ❖ IM moderada asintomática: consulta cada año y eco cada 2 años. Si función limítrofe (FEVI < 65%) eco cada año.
- ❖ IM leve asintomática: consulta cada año y eco cada 5 años.

5.2 Postcirugía

- ❖ Ecocardiograma al alta, si disfunción de VI repetir a las 6-12 semanas.
- ❖ Prótesis mecánica: revisión clínica anual. ETT si cambios exploratorios o clínicos.
- ❖ Prótesis biológica: revisión clínica anual. ETT si cambios exploratorios o clínicos y anual a partir del 5º año.





PROLAPSO DE LA VÁLVULA MITRAL

1 GENERALIDADES

Es la primera causa de insuficiencia mitral en las series quirúrgicas.

❖ **Etiología:**

- **Primaria:** familiar o esporádica (Sd Marfán y enfermedades del tejido conectivo)
- **Secundaria:** enfermedad coronaria, reumática y condicionantes de VI pequeño (MCH, CIA, anorexia nerviosa).

2 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

2.1 Rx de tórax

- ❖ Hallazgos inespecíficos
- ❖ Indicaciones: basal todos los pacientes con sospecha/diagnóstico de insuficiencia mitral

2.2 ECG

- ❖ Hallazgos inespecíficos
- ❖ Indicaciones: basal todos los pacientes con sospecha/diagnóstico de insuficiencia mitral.

2.3 Ecocardiograma

- ❖ Debe informar de la severidad de la regurgitación, de la función del VI y de la morfología y engrosamiento de las valvas.
- ❖ Indicaciones:
 - Basal en todos los pacientes
 - En familiares de 1º grado de pacientes con prolapso valvular mitral mixomatoso.
 - En el seguimiento si cambios clínicos o auscultatorios

3 TRATAMIENTO

3.1 Médico

- ❖ Betabloqueantes: si palpitaciones, dolor torácico atípico, ansiedad o fatigabilidad.
- ❖ Profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Pacientes con el complejo clic mesosistólico-soplo telesistólico.
 - Pacientes con el clic mesosistólico y evidencia ecocardiografica de PVM e IM.
 - Pacientes con el clic mesosistólico y evidencia ecocardiografica de engrosamiento de valvas > 5mm.

En el prolapso valvular mitral mixomatoso en familiares de 1º grado.



- ❖ Si fibrilación auricular, tratamiento de ésta
- ❖ Anticoagulación: si ACV isquémico
- ❖ Antiagregación: si AIT

- 3.2 Quirúrgico
Mismas indicaciones que en IM crónica

4 SEGUIMIENTO

- 4.1 Precirugía
Asintomáticos y sin IM significativa: revisión clínica cada 3-5 años
Si prolapso con IM moderada/severa o engrosamiento de válvula mitral > 5 mm:
revisión clínica y ecocardiograma anual.

- 4.2 Postcirugía
Mismas indicaciones que IM crónica