Estenosis mitral

Etiología

Fiebre reumática (Causa principal)
Causas congénitas (válvula en paracaídas, corazón triauricular)
Calcificación intensa del anillo mitral con afectación de las valvas.
Lupus eritamatoso sistémico
Artritis reumatoide
Mixoma
Endocarditis infecciosa
Obstrucción sanguínea de VI

Origen reumático

La inflamación origina el engrosamiento difuso de las valvas con formación de tejido fibroso, a menudo con depósitos calcificados.

Las comisuras mitrales se fusionan, también lo hacen las cuerdas tendinosas, se acortan, las cúspides valvulares se vuelven rígidez

Produce un estrechamiento

"Boca de pez" del vértice de la válvula

Fisiopatología

El orificio de la válvula mitral normal en un adulto es de 4 a 6 cm2.
Cuando ocurre una obstrucción notable; es decir el orficio es de <2 cm, la sangre aun puede flui de la AI al VI por un gradiente de presión AV izquierdo la cual es característica de la estenosis.

Estenosis grave

Orificio <1.5 cm necesitará una presión de 25 mmHg para conservar un gasto cardiaco normal.

Incremento de presiones pulmonares en cuña, vanosas y arteriales.

Produce una disminución de la distensibilidad pulmonar y contribuye a la disnea de ejericicio.

A tal intensidad valorada por el gradiente de presión transvalvular y la velocidad de flujo

Depende de CO y FC

La FC aumenta y acorta la diástole mayor que la sístole y disminuye el tiempo disponible para el flujo sanguíneo por la válvula mitral.

Síntomas

Se presentan en el cuarto decenio de vida
Cambios en FC en ejercicio, excitación, fiebre y anemia intensa, FA, coito, embarazo y tirotoxicosis
Disnea
Tos
Limitación de actividades
Ortopnea
Disnea paroxística nocturna
Hemoptisis
Embolias pulmonares- fases avanzadas con IAM

Pacientes >65 años, con FA y disminución de GC

Se pueden formar trombos y émbolos en la AI exactamente en las orejuelas AU

Signos físicos

En individuos con EM e insuficiencia del VD pueden observarse hepatomegalia, edemas maleolares, ascitisy derrame pleural, en particular en la cavidad pleural derecha

EM Grave- Hiperemia malar con cara congestionada y cianótica
Ondas a en sístole en paciente con HTA pulmonar
TA normal o baja
Impulso paraesternal- aumento de tamaño de VD
Frémito diastólico en vértice cardíaco en decúbito lateral izquierdo

Auscultación

Primer ruido (S1) es mas intenso en etapas iniciales
Segundo ruido (P2) mas intenso con un desdoblamiento de dos componentes del 2do ruido (S2)

Lesiones acompañantes

En caso de hipertensión pulmonar intensa se puede oír en el borde esternal izquierdo un soplo pansistólico
Signo de carvallo
El soplo de Graham Steell de la PR, un soplo diastólico decreciente de tipo soplante y tono alto en el borde esternal izquierdo, es consecuencia de la dilatación del anillo de la válvula pulmonar y se percibe en individuos con valvulopatía mitral e hipertensión pulmonar grave; dicho soplo puede ser idéntico al más común producido por la insuficiencia aórtica

Tratamiento

Estenosis mitral reumática

Profilaxis con penicilina contra infecciones por estreptococos hemolíticos B del grupo A.

Valvulotomía mitral

Pacientes sintomáticos (clase funcional II-IV de la New York Heart Association [NYHA]) con EM grave y aislada, cuyo orificio eficaz (área de la válvula) es <1 cm2/m2 de superficie corporal (aproximadamente) o <1.5 cm2 en adultos de tamaño normal.

Estudios de laboratorio

ECG

Ritmo sinusal, onda P aumentada de AI
Onda P alta y picuda en DII y erecta en V1
HTA pulmonas intensa aumento de tamaño de AD
Complejo QRS normal
HTA pulmonar desviación del eje a la derecha

Ecocardiograma

Con doppler color y espectral

Radiografía de tórax

Los primeros cambios son enderezamiento del borde superior izquierdo de la silueta cardiaca, prominencia de las arterias pulmonares principales, dilatación de las venas pulmonares del lóbulo superior y desplazamiento del esófago hacia atrás por una aurícula izquierda aumentada de tamaño. Las líneas B de Kerley son unas líneas horizontales finas, densas, opacas, más notables en los campos pulmonares inferiores y medios y son consecuencia de la distensión de los tabiques y los linfáticos interlobulillares por edema cuando la presión media de la AI en reposo es es >20 mm Hg, aproximadamente.