

Insuficiencia mitral

Síntomas

Fisiopatología

Etiología

Los pacientes por lo común están asintomáticos
Fatiga
Disnea de esfuerzo
Ortopnea
Palpitaciones- anuncian comienzo de FA
Vasculopatía pulmonar
HTA pulmonar
Insuficiencia cardíaca derecha
Congestión hepática dolorosa
Edemas maleolares
Distensión de venas del cuello
Ascitis
Insuficiencia tricuspídea
Edema pulmonar agudo

????

La resistencia del vaciamiento del VI (poscarga) está disminuida en la insuficiencia como consecuencia el VI se descomprime en la AI durante la expulsión y al disminuir el tamaño del VI durante la sístole disminuye rápidamente la tensión en su interior.

Compensación inicial

Es el vaciamiento completo del VI

Sin embargo, con el paso del tiempo.

El volumen del VI aumenta progresivamente y a medida se intensifica el reflujo y se deteriora la función contráctil del VI

Disminución de GC anterógrado

Presión diastólica de dicha cavidad no aumenta hasta etapas avanzadas de la evolución.
El volumen del reflujo varía directamente con la presión sistólica del VI y el diámetro del orificio del reflujo; este último factor, a su vez, depende del grado de dilatación del VI y del anillo mitral. Como la fracción de expulsión aumenta en casos de MR grave en presencia de una función ventricular izquierda normal, una disminución de este parámetro, aunque sea pequeña (<60%), refleja una disfunción contráctil significativa.

Distensibilidad de la aurícula izquierda

En insuficiencia mitral aguda grave el reflujo debe pasar una AI de volumen normal que tiene una distensibilidad normal o reducida. Como consecuencia, las tensiones de la AI aumentan extraordinariamente con cualquier incremento de volumen en dicha cavidad.

- Agudas
 - Endocarditis infecciosa
 - Rotura del músculo papilar (después de IAM)
 - Rotura de cuerdas/flacidez de valvas
 - Traumatismo no penetrantes.
- Crónicas
 - Primarias(afecta valvas, cuerdas)
 - Mixomatosas (Barlow, forma incompleta)
 - Fiebre reumática
 - Endocarditis infecciosa (curada)
 - Congénita (hendida, canal AV)
 - Radiación
 - Secundaria (valvas y cuerdas "espectadores pasivos")
- Miocardiopatía isquémica
- Miocardiopatía dilatada
- Miocardiopatía obstructiva hipertrófica
- FA crónica auriculomegalia y dilatación
- Calcificación del anillo mitral

Signos físicos

TA suele ser normal
Ascenso neto de poco volumen en el pulso de la arteria carótida
Frémito sistólico en el vértice del corazón
Auscultación- S1 no se percibe, es suave o está oculto dentro del soplo holosistólico de la insuficiencia
En insuficiencia mitral grave la válvula aórtica se puede cerrar prematuramente, produciendo un desdoblamiento amplio pero fisiológico de S2
S3 surge en tono bajo en .12-.17 s después del ruido de cierre de válvula aórtica
Soplo sistólico cuya intensidad mínima es de grado 1/1/VI. Por lo común es holosistólico.
En individuos con rotura de cuerdas tendinosas el soplo sistólico puede tener una característica de zureo o "chillido de gaviota", en tanto que la valva laxa produce un soplo con características musicales.

Estudios de laboratorio

ECG- Aumento de tamaño de AI y en insuficiencia crónica se acompaña de FA
Ecocardiograma
Radiografía de tórax

Tratamiento

Anticoagulación mediante warfarina o uno directo como apixabán
No se usarán anticoagulantes orales directos
en caso de estenosis mitral reumática coexistente; su uso tampoco ha sido aprobado en pacientes con prótesis valvulares mecánicas.
Tratamiento quirúrgico
La reparación suele consistir en la reconstrucción de la válvula por medio de diversas técnicas de valvuloplastia y la inserción de un anillo de anuloplastia