

Insuficiencia mitral que simula una estenosis aórtica

Francisco Javier Mena Martín, Juan Carlos Martín Escudero, María Jesús Borque Martínez, Cristina Muñoz Fuster, Jesús Herreros González* y Miguel Ángel Cobos Gil

Servicio de Medicina Interna. Sección de Cardiología. Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid.

*Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

insuficiencia mitral/ estenosis aórtica/ ecocardiografía doppler

Presentamos el caso de un paciente con una insuficiencia mitral secundaria a degeneración valvular mixomatosa, con un soplo de regurgitación audible principalmente en el foco aórtico e irradiado a la base del cuello. Aunque la topografía del soplo parecía indicar un origen en una estenosis aórtica, el resto de datos auscultatorios y las pruebas complementarias iniciales apoyaban claramente su origen en una insuficiencia mitral. El ecocardiograma permitió no sólo confirmar nuestra sospecha sino también explicar el mecanismo de ese hallazgo auscultatorio, al mostrar una insuficiencia mitral severa con un chorro de regurgitación de dirección anterior y medial, impactando en la raíz aórtica y el tabique interauricular. En la cirugía se encontró una manifiesta vibración de la raíz aórtica, que desapareció al implantar la prótesis mitral. Nuestro caso ilustra el valor de las nuevas técnicas de diagnóstico por imagen para complementar los hallazgos semiológicos.

MITRAL INSUFFICIENCY SIMULATING AORTIC STENOSIS

We report a patient with a mitral insufficiency due to myxomatous valve change, with a regurgitation murmur heard principally at aortic area and radiating to the neck base. Even though the topography of the murmur seemed to suggest aortic stenosis, the other auscultation findings and the initial clinical tests clearly supported its source in a mitral insufficiency. The echocardiography allowed us not only to confirm our suspicion, but also to explain this auscultation finding mechanism, to show a severe mitral insufficiency with a anterior and medial jet, which struck the aorta and atrial septum. The surgery found a clear aortic vibration, which disappeared after implanting the mitral prothesis. Our case illustrates the value of new diagnostic image techniques to complement the semiologic findings.

(*Rev Esp Cardiol* 1997; 50: 140-141)

INTRODUCCIÓN

El impresionante desarrollo de las técnicas complementarias de diagnóstico ha supuesto un retroceso de la relevancia de la exploración física. Se impone la necesidad de prestar mayor atención a la semiología y aprovechar las posibilidades de las técnicas diagnósticas para mejorar nuestra habilidad exploratoria¹.

Presentamos un caso de insuficiencia mitral que por la localización e irradiación del soplo hacía pensar en una estenosis aórtica, mientras el resto de datos orientaba hacia una regurgitación mitral. La base patogénica de este hecho, previamente descrito²⁻⁴, queda claramente ilustrada con Doppler color.

CASO CLÍNICO

Varón de 46 años de edad sin antecedentes personales de interés. Presentaba disnea de tres meses de evolución, que había progresado hasta aparecer en reposo, con ortopnea. No había presentado dolor torácico.

La auscultación cardíaca descubría un tercer tono y un soplo en foco aórtico, holosistólico, de intensidad 3 sobre 6 según la clasificación de Levine, irradiado a la base del cuello. La auscultación pulmonar era normal.

En el electrocardiograma se observaba un ritmo sinusal, con una onda P mitral y sobrecarga diastólica de ventrículo izquierdo (VI), y en la radiografía de tórax un crecimiento de ventrículo y aurícula izquierdos, con elevación del bronquio principal izquierdo.

El ecocardiograma descubría un VI ligeramente dilatado, con una fracción de eyección en el límite bajo de la normalidad, sin alteraciones en la contractilidad segmentaria. La válvula mitral tenía un aspecto mixoi-

Correspondencia: Dr. F.J. Mena Martín.
Avda. Valladolid, 34, 1.º. Tudela de Duero. 47320 Valladolid.

Recibido el 7 de marzo de 1996.

Aceptado para su publicación el 20 de junio de 1996.



Fig. 1. Eco transesofágico: prolapso sistólico de la valva posterior mitral.



Fig. 2. Eco transesofágico Doppler-color: flujo turbulento sistólico de insuficiencia mitral (coloreado en verde) que impacta sobre la raíz aórtica y el septo interauricular.

de, con un marcado prolapso holosistólico de la valva posterior (fig. 1). Mediante el Doppler color se demostraba la existencia de una insuficiencia mitral (IM) severa con un *jet* muy excéntrico que se dirigía hacia la raíz aórtica (fig. 2).

El cateterismo, por su parte, confirmaba los hallazgos ecocardiográficos y descartaba la existencia de lesiones coronarias.

Con tratamiento médico el paciente mejoró sustancialmente; con posterioridad fue sometido a cirugía de implantación de prótesis mitral. Durante la intervención sorprendió una llamativa vibración sistólica de la raíz aórtica, que recordaba a la de la miocardiopatía hipertrófica obstructiva; tras colocarse la prótesis desapareció dicha vibración. La evolución posterior fue muy favorable, estando actualmente el enfermo asintomático.

DISCUSIÓN

El soplo de la IM es habitualmente holosistólico, de alta frecuencia, y de intensidad generalmente constante durante toda la sístole, no variando en relación con la fase respiratoria ni con la longitud del ciclo cardíaco. La irradiación clásica hacia el interior de la axila y el ángulo de la escápula izquierda^{5,6}, y ocasionalmente hacia la columna vertebral con conducción ósea del sonido hasta los segmentos vertebrales cervical y lumbar, descrita en una época en que la etiología más frecuente de la IM era la cardiopatía reumática, ocurre cuando el flujo que genera el soplo se dirige posterolateralmente dentro de la cavidad auricular izquierda; sin embargo, en los pacientes con prolapso del velo posterior de la válvula mitral, el *jet* tiene una dirección anteromedial, chocando contra la raíz aórtica y el septo interauricular, comunicando a estas estructuras su energía cinética. En esta circunstancia el soplo puede ser audible de forma más intensa en el foco aórtico e irradiarse al cuello^{7,8}, simulando los fenómenos auscultatorios de la estenosis aórtica o de la

miocardiopatía hipertrófica obstructiva. En caso de existir frémito éste tiene un comportamiento similar.

El soplo holosistólico de intensidad constante, el tercer tono, el electrocardiograma, la radiografía de tórax, etc. sugerían en este paciente un origen mitral de la valvulopatía. El ecocardiograma permitió demostrarlo, y cuantificar la IM.

La ecocardiografía Doppler ha supuesto una verdadera revolución en el diagnóstico cardiológico; concretamente, la técnica de codificación de flujos en color permite visualizar con gran precisión la hemodinámica intracardíaca. En este caso nos permitió plasmar en imagen el mecanismo de producción de una variante auscultatoria de la insuficiencia mitral conocida desde hace años, hecho que ilustra el potencial de las nuevas técnicas de imagen para mejorar nuestra comprensión de los hallazgos semiológicos, y en definitiva mejorar nuestra pericia exploratoria¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Craige E. Should auscultation be rehabilitated? *N Engl J Med* 1988; 318: 1.611-1.613.
2. Schlesinger Z, Kraus Y, Deutsch V, Yahini JH, Neufeld HN. An unusual form of mitral valve insufficiency simulating aortic stenosis. *Chest* 1970; 58: 385-388.
3. Thomas JR. Mitral insufficiency due to rupture of chordae tendinae simulating aortic stenosis. *Am Heart J* 1966; 71: 112-117.
4. Antman EM, Angoff GH, Sloss LJ. Demonstration of the mechanism by which mitral regurgitation mimics aortic stenosis. *Am J Cardiol* 1978; 42: 1.044-1.048.
5. Brigden W, Leatham A. Mitral incompetence. *Br Heart J* 1953; 15: 55-73.
6. Zarco P, Salmerón O. Soplos cardíacos. En: Zarco P, editor. Exploración clínica del corazón. Madrid: Alhambra, 1973; 93-154.
7. Sanders CA, Scannell JG, Harthorne W, Austen WG. Severe mitral regurgitation secondary to ruptured chordae tendinae. *Circulation* 1965; 31: 506-516.
8. Perloff JK. Auscultation-language of the heart. En: Perloff JK, editor. Physical examination of the heart and circulation. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1990; 217-219.