

## Comunicación breve

## Reparación de prolapso mitral y miocardiopatía hipertrófica obstructiva

Elena Sandoval<sup>a</sup>, Cecilia Marcacci<sup>a</sup>, Eduard Quintana<sup>a</sup>, Carlos A. Mestres<sup>a</sup>, Carmen Roux<sup>b</sup> y Daniel Pereda<sup>a,\*</sup><sup>a</sup>Servicio de Cirugía Cardiovascular, Institut Clínic del Tòrax, Hospital Clínic, Barcelona, España<sup>b</sup>Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor, Hospital Clínic, Barcelona, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 15 de abril de 2011

Aceptado el 13 de enero 2013

## Palabras clave:

Miocardiopatía hipertrófica

Insuficiencia mitral

Reparación mitral

## Keywords:

Hypertrophic cardiomyopathy

Mitral regurgitation

Mitral valve repair

## RESUMEN

La mayoría de pacientes con miocardiopatía hipertrófica presenta insuficiencia mitral por el desplazamiento sistólico anterior del velo mitral anterior. En la mayoría de casos, la miectomía septal aislada soluciona tanto la obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo, como la insuficiencia mitral por movimiento sistólico anterior. Sin embargo, algunos pacientes presentan lesiones intrínsecas de la válvula que requieren reparación concomitante. Presentamos el caso de un paciente joven con miocardiopatía hipertrófica obstructiva y prolapso del velo posterior mitral por rotura de cuerdas.

© 2011 Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## Mitral valve repair and obstructive hypertrophic myocardopathy

## ABSTRACT

Most patients with obstructive hypertrophic cardiomyopathy present with mitral regurgitation due to systolic anterior movement of the anterior mitral leaflet. In most cases, isolated septal myectomy solves the left ventricle outflow tract obstruction and the mitral regurgitation. However, some of these patients have intrinsic lesions of the mitral valve requiring concomitant repair. We present the case of a young man with obstructive hypertrophic cardiomyopathy and posterior leaflet prolapse due to rupture of chordae tendineae.

© 2011 Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCHO) es la cardiopatía hereditaria más frecuente, afectando a 1 de cada 500 personas<sup>1</sup>. Se caracteriza por una hipertrofia septal, normalmente asimétrica y de predominio basal. La sintomatología es muy variable, desde pacientes asintomáticos hasta la presentación de síntomas muy limitantes en un 5-30% de los casos o, incluso, de muerte súbita<sup>2</sup>. Los síntomas se deben a la obstrucción del tracto de salida por el movimiento sistólico del velo mitral anterior (SAM). En un 13% de casos, la MCHO va acompañada de localización anómala de los músculos papilares o una inserción atípica de los velos mitrales en ellos, que aumentan la obstrucción del tracto de salida<sup>3,4</sup>.

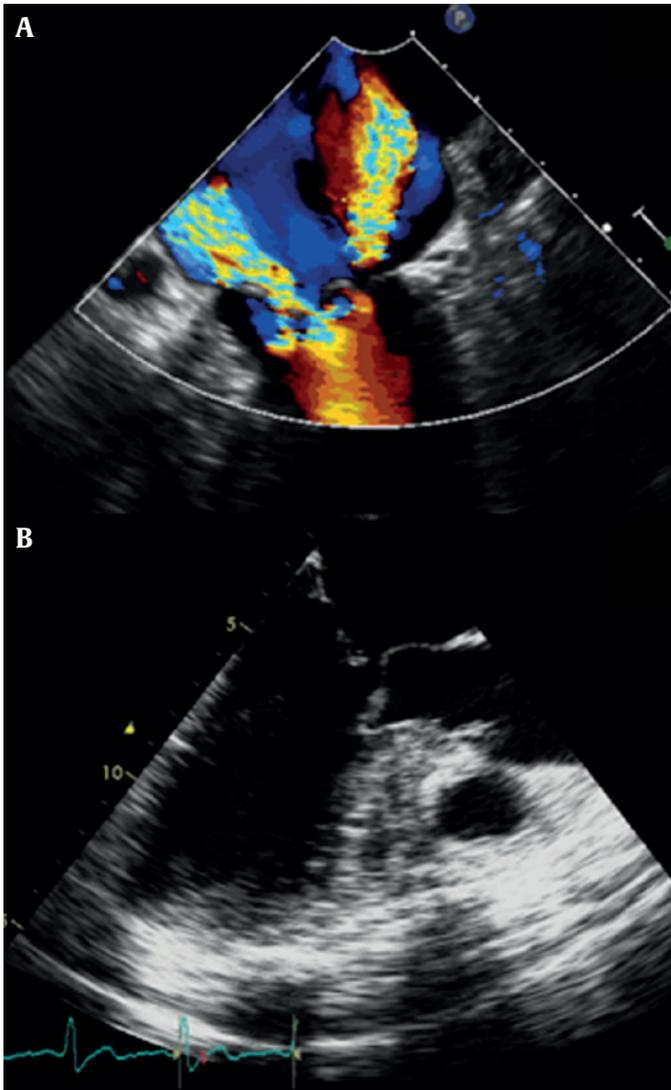
La mayoría de pacientes presentan insuficiencia mitral (IM) secundaria a SAM; sin embargo, algunos de ellos presentan lesiones intrínsecas de la válvula mitral, generando una insuficiencia de doble origen<sup>5</sup>. Presentamos el caso de un varón joven con MCHO y rotura de cuerdas del velo posterior.

## Caso clínico

Se trata de un varón de 48 años con antecedentes patológicos de síndrome antifosfolípido, embolia pulmonar bilateral, duodenitis erosiva con historia de hemorragia previa y epilepsia, que ingresa por disnea y angina de mínimos esfuerzos. El paciente presentaba insuficiencia cardíaca en clase funcional IV de la New York Heart Association, pese a tratamiento médico intensivo con propanolol (120 mg al día). La ecocardiografía preoperatoria mostraba una gran hipertrofia septal asimétrica con gradiente en el tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) en reposo de 50 mmHg, un septo interventricular de 20 mm e IM severa con doble flujo regurgitante; uno posterior secundario a movimiento sistólico anterior mitral y otro anterior producido por un amplio prolapso del velo posterior en su segmento P2 con una imagen sugestiva de varias cuerdas tendinosas rotas (fig. 1A, B).

Se realizó una resonancia magnética que confirmaba la presencia de hipertrofia septal de 20 mm, con colapso sistólico medioventricu-

\*Autor para correspondencia. Servicio de Cirugía Cardiovascular, Institut Clínic del Tòrax, Hospital Clínic, C/Villarroel 170 Esc 1, 5.º piso, 08036 - Barcelona, Tel. 34-93227515/34-932275749  
Correo electrónico: dpereda@clinic.ub.es (D. Pereda).

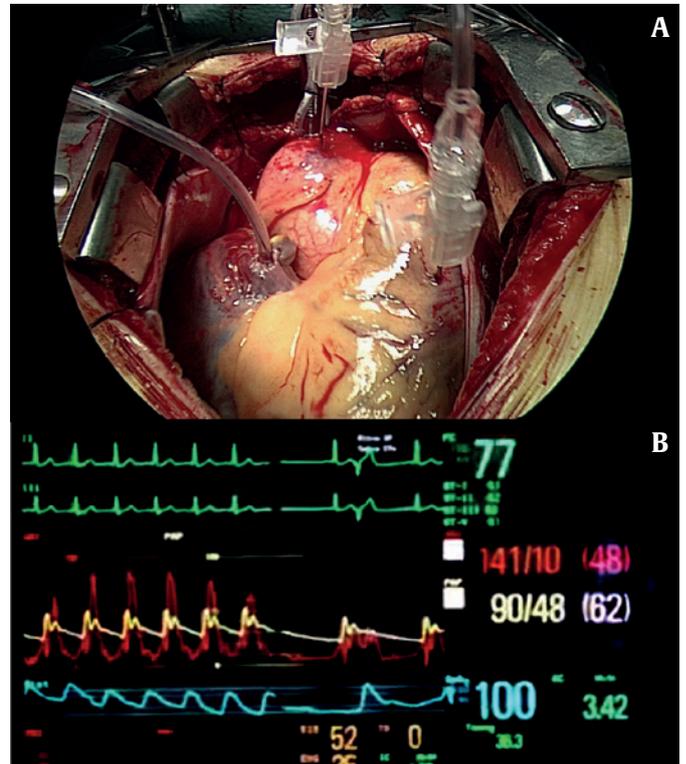


**Figura 1.** A. Las imágenes ecocardiográficas preoperatorias muestran la insuficiencia mitral grave por prolapso de cuerdas, así como el gradiente en el tracto de salida del ventrículo izquierdo. B. Puede observarse también el contacto del velo mitral anterior contra el septo interventricular.

lar y la presencia de IM con 2 flujos de regurgitación. Tanto la ecocardiografía como la resonancia magnética descartaron la inserción anómala de los músculos papilares o la presencia de cuerdas tendinosas con inserción en la pared libre del VI.

Una vez completado el estudio preoperatorio, y dada la refractariedad de la sintomatología del paciente se decidió cirugía preferente. Bajo anestesia general, se comprobó la presencia del gradiente de presión entre el VI y la aorta ascendente mediante punción directa y registro continuo simultáneo de las presiones (fig. 2A); el gradiente en reposo era de 60 mmHg y alcanzaba los 100 mmHg tras la provocación de extrasístoles ventriculares (fig. 2B).

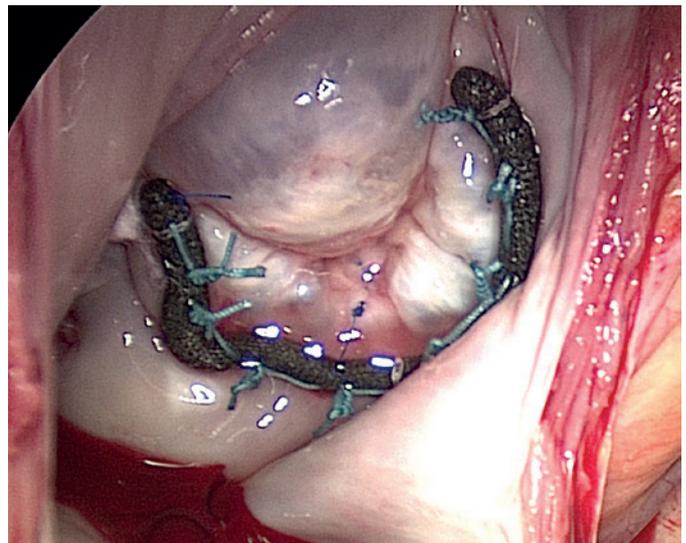
Bajo circulación extracorpórea con canulación aorto-atrial, se realizó una aortotomía oblicua. Tras verificar la correcta inserción de los músculos papilares por inspección directa, se realizó una miectomía septal extendida hacia el ápex ventricular<sup>5</sup>. Al realizar la miectomía, también se resecó una cicatriz fibrótica en el septo interventricular causada por el traumatismo repetido del velo mitral anterior. Mediante una atriotomía izquierda a nivel del surco de Sondergaard se llevó a cabo la reparación mitral, que consistió en la resección triangular amplia del segmento P2 y anuloplastia posterior



**Figura 2.** La punción directa de la aorta y del ventrículo izquierdo a través del ventrículo derecho (A) permiten obtener el gradiente de presiones entre ambas cámaras, en reposo y tras provocación de extrasístoles (B).

con una banda flexible Sovering band (Sorin, Saluggia, IT) de 36 mm (fig. 3). La inspección directa de la válvula mitral confirmó la rotura de las cuerdas tendinosas de P2 y la presencia de una zona fibrótica en el velo anterior, debido al traumatismo del mismo contra el septo interventricular por el SAM.

Una vez finalizada la cirugía se comprobó, en reposo y tras generación de extrasístolia ventricular, la ausencia de gradiente de presión entre el VI y la aorta ascendente tanto por ecocardiografía transesofágica como por punción directa, así como la corrección de



**Figura 3.** La inspección directa de la válvula mitral muestra correcta coaptación de ambos velos.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2907795>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2907795>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)