



Societat Catalana de **Cardiologia**

CAS CLÍNIC

Dona de 48 anys amb insuficiència mitral



CURS DE FORMACIÓ CONTINUADA
dels primers dilluns de mes

Sessions d'Actualització
en Cardiologia curs 2011-12

Dr. Marco Hernández Enríquez

SERVEI DE CARDIOLOGIA
INSTITUT CLÍNIC DEL TÓRAX
HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

CAS CLÍNIC

- Dona 48 anys, sense hàbits tòxics.

- **ANTECEDENTS PATOLÒGICS:**

- Sd. Sjögren.

- Asma bronquial en tractament BD.

- Fibromiàlgia.

- Sd. Depressiva.

- Febre reumàtica en la infància.

- **MALALTIA ACTUAL:**

- 2 mesos d'evolució amb dispnea que ha progressat fins a fer-se de mínims esforços.

- NYHA III.

⦿ EXPLORACIÓ FÍSICA:

-TA 130/80, FC 70 lpm, Afebril.

AR: MVC, AC: Rítmica, buf sistòlic IV/VI focus mitral. Sense edemes. Resta sense alteracions

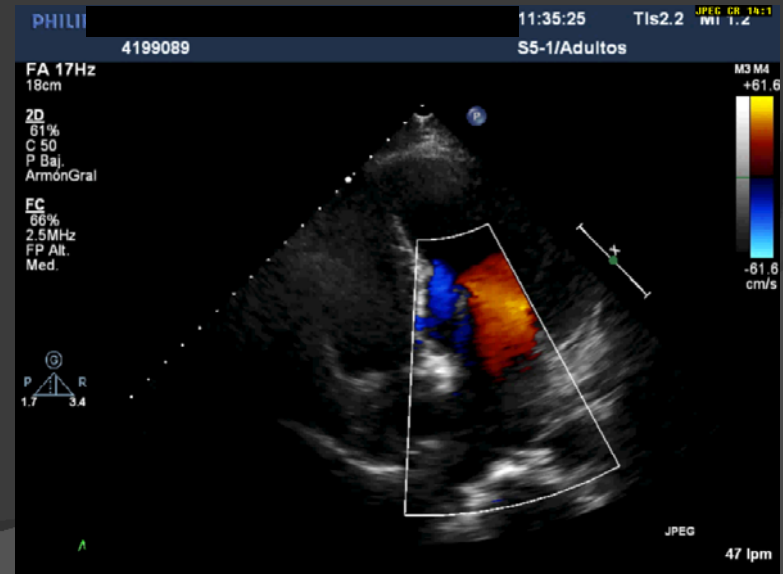
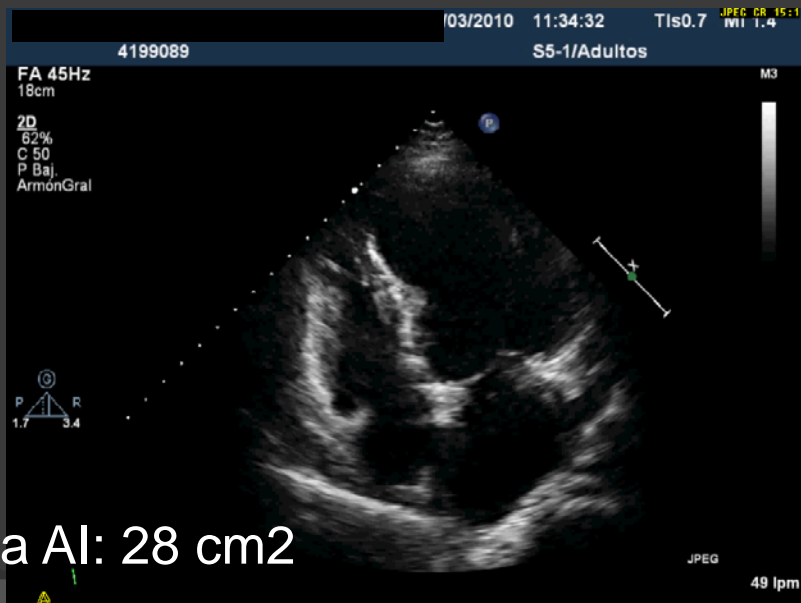
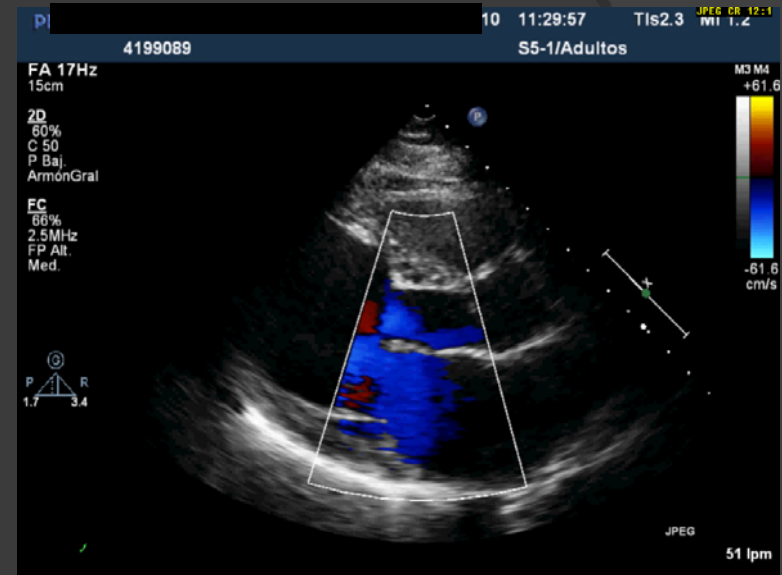
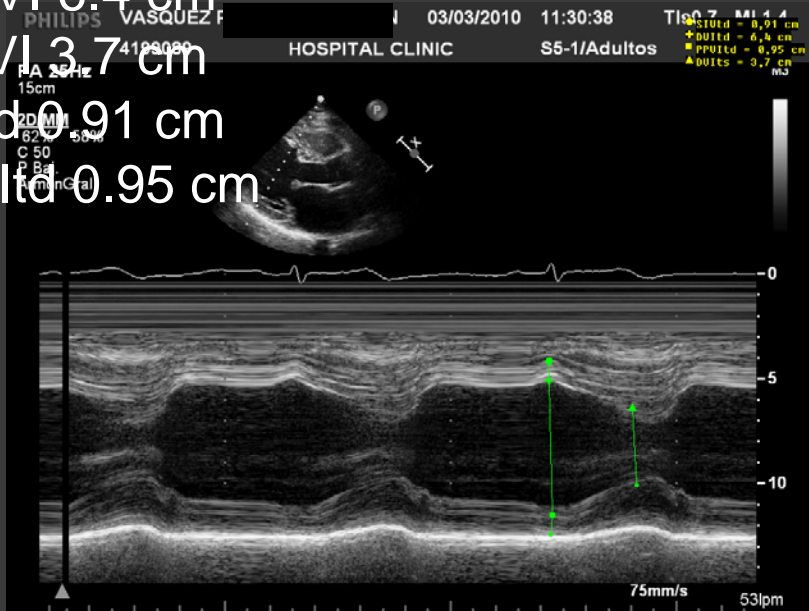
⦿ ANALÍTICA:

Bioquímica, hemograma i hemostàsia dins de la normalitat.

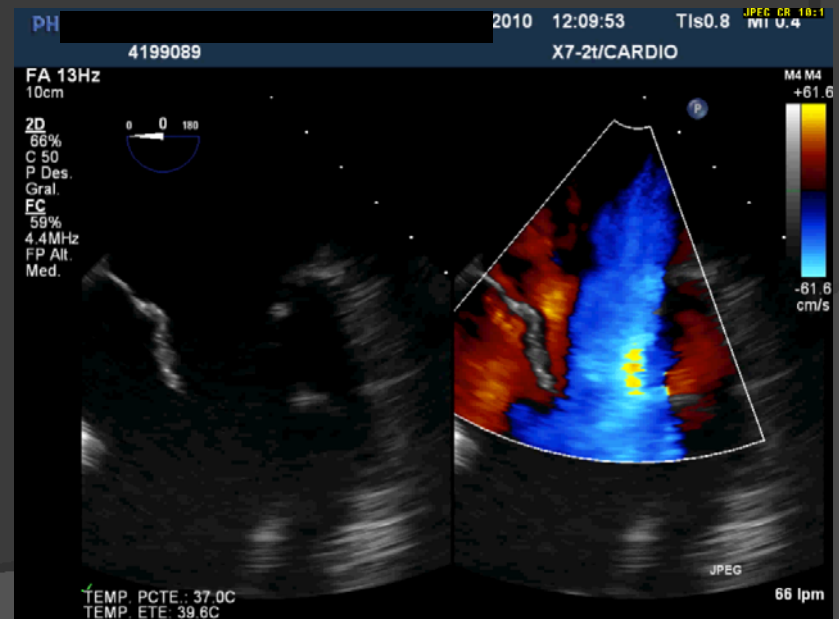
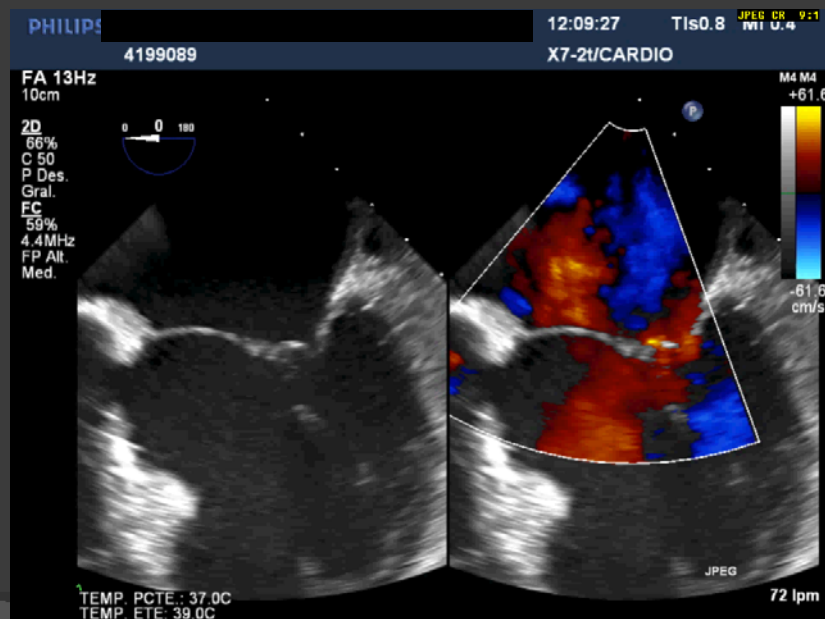
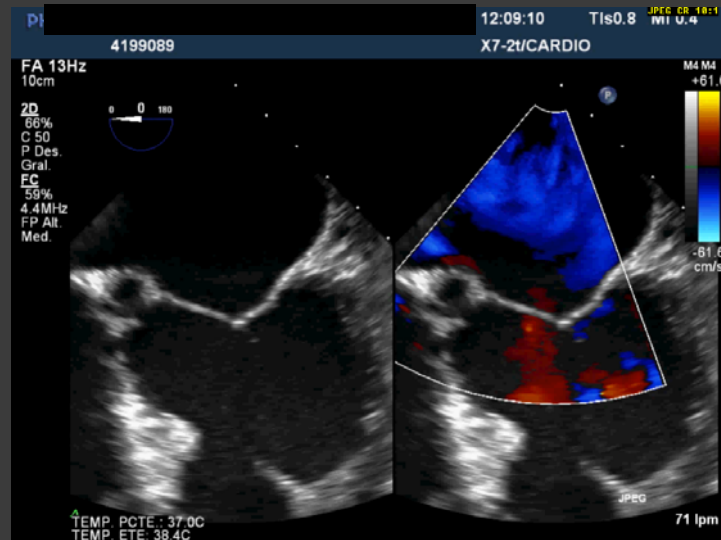
⦿ ECG: RS 70 bpm T negatives asimètriques a V5-6

ETT

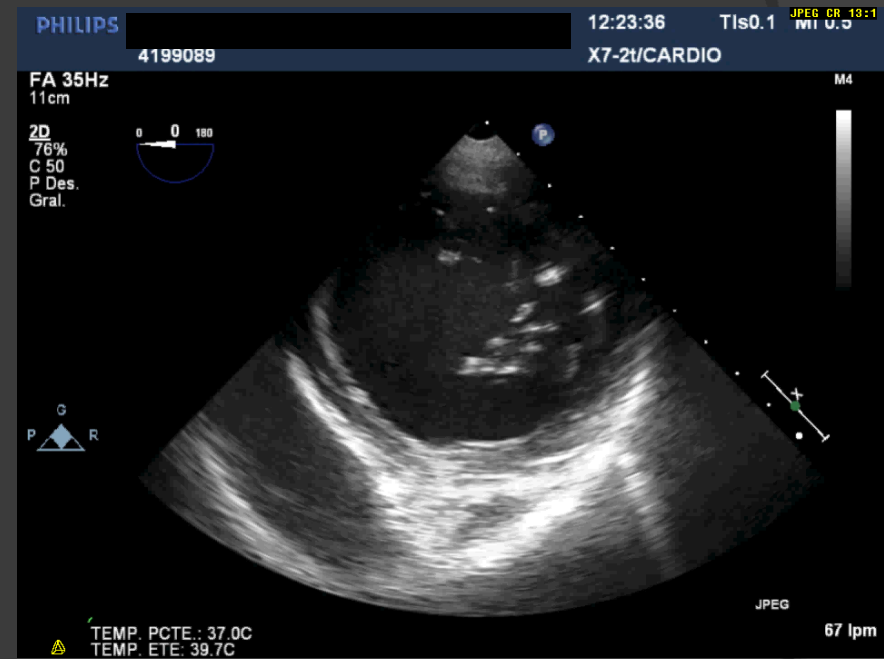
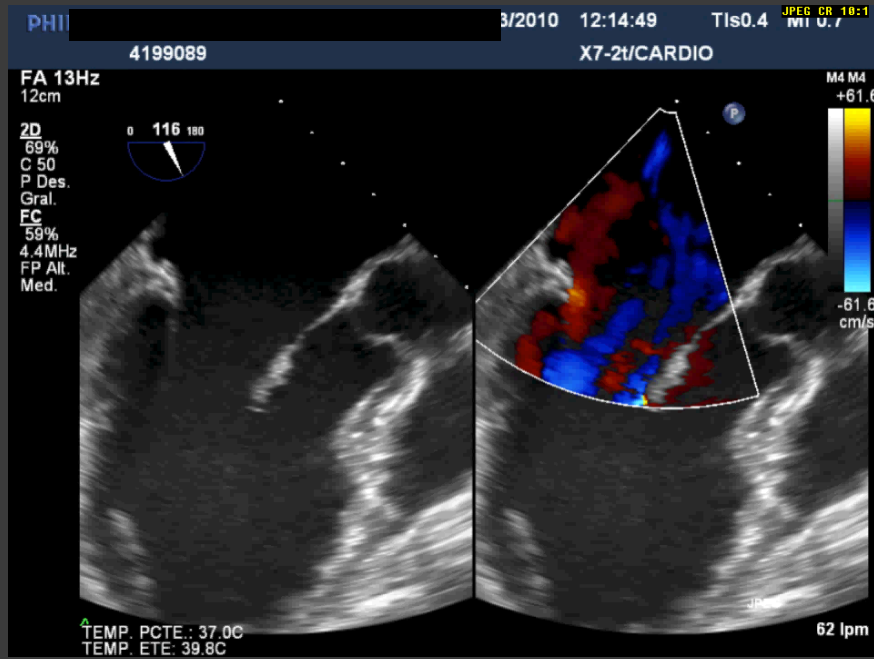
DTdVI 6.4 cm
DTsVI 3.7 cm
SIVtd 0.91 cm
PPVtd 0.95 cm



ETE

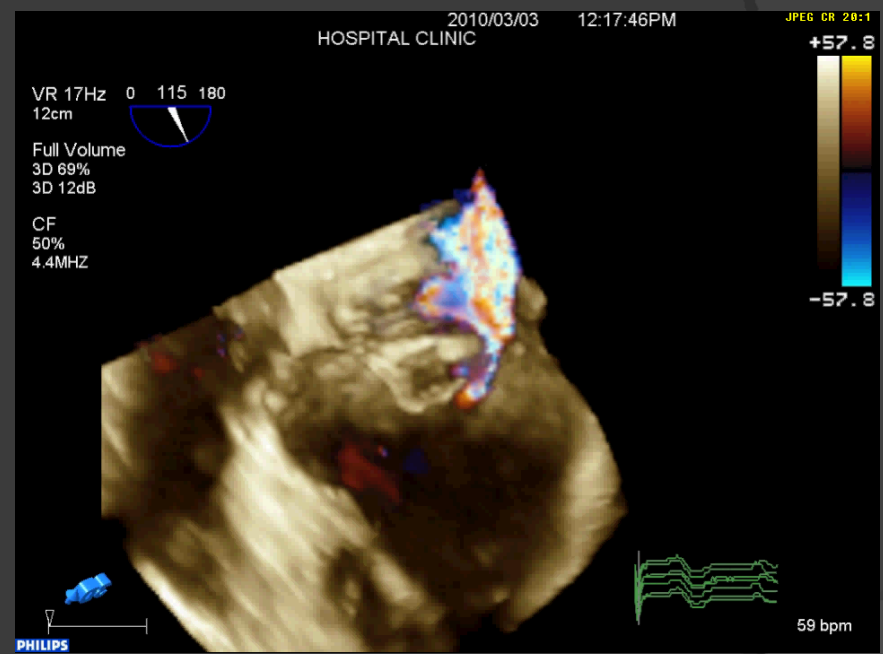


ETE



GP max VM: 119.47 mmHg
ORE: 0,83 cm

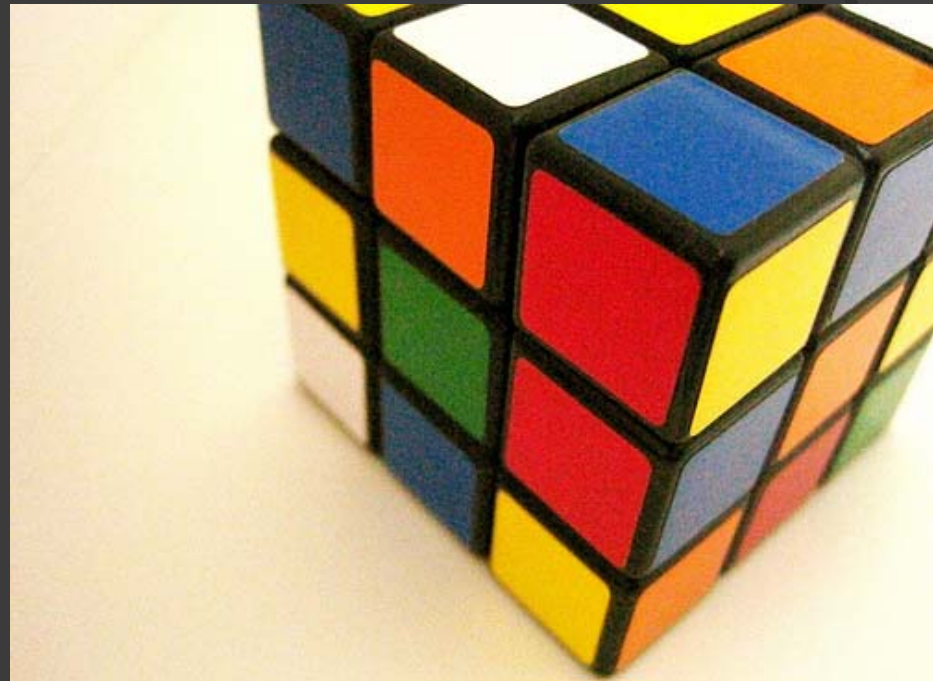
ETE3D



ETIOLOGIA

- Isquémica
- Infecciosa
- Degenerativa

● Reumática





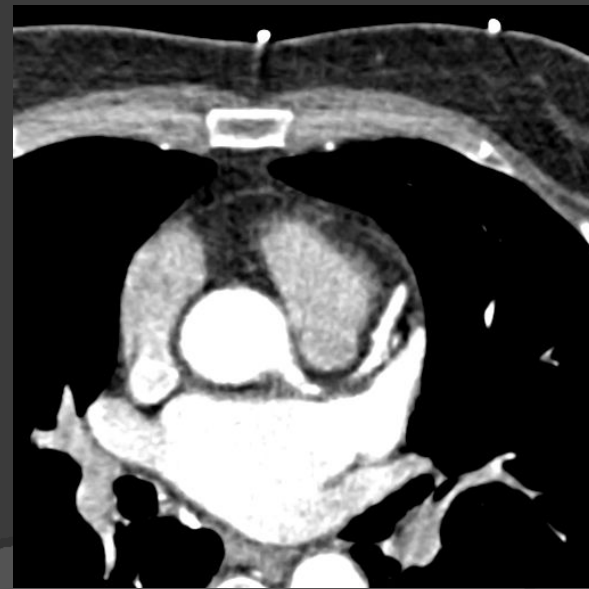
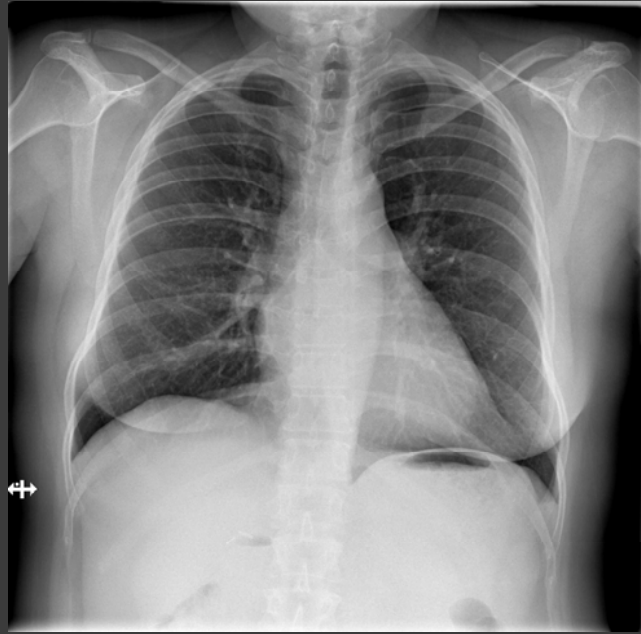
¿APTA PER A REPARACIÓ
VALVULAR?

Informe ETE

- IM severa: restricció de mobilitat de valva posterior (P2 i P3) i abombament (A2 i mínim prolapse A3) de valva anterior. Vel anterior elongat, flexible i poc engruixit.
- Dos punts de calcificació en punta dels vels amb aparell subvalvular moderadament engruixit. Sense calcificació anular ni de l'aparell subvalvular. Comisures mínimament engruixidas sense fusió. Obertura valvular conservada.
- Apta per reparació valvular.

Informe ETE

- ⦿ VE moderadament dilatat, no hipertròfic, amb mobilitat normal.
- ⦿ VAo. trivalva normofuncionant.
- ⦿ IT lleugera sense hipertensió pulmonar.
- ⦿ VD no dilatat i amb mobilitat normal.
- ⦿ AE moderadament dilatada. “Orelleta” esquerra petita amb contactilitat normal i sense masses al seu interior.
- ⦿ Pericardi normal.
- ⦿ Aorta toràcica: no dilatada i amb hiperplàsia intimal sense plaques d'ateroma

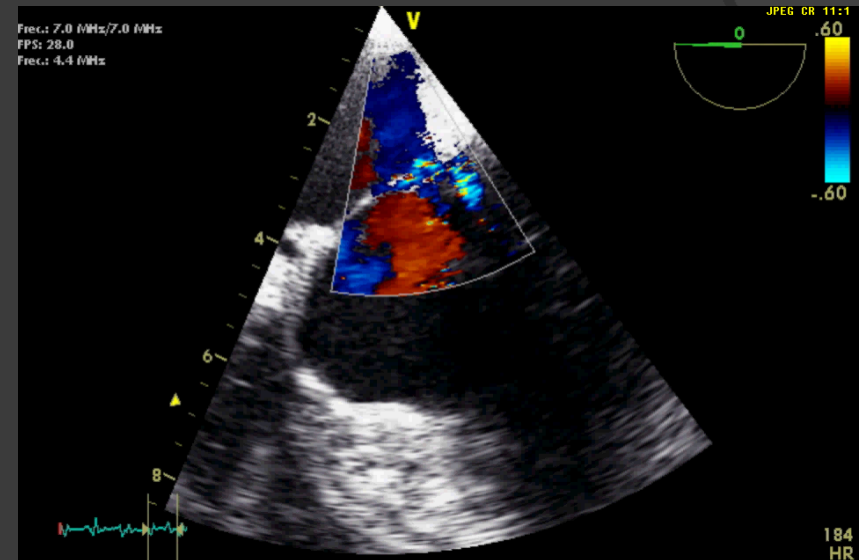
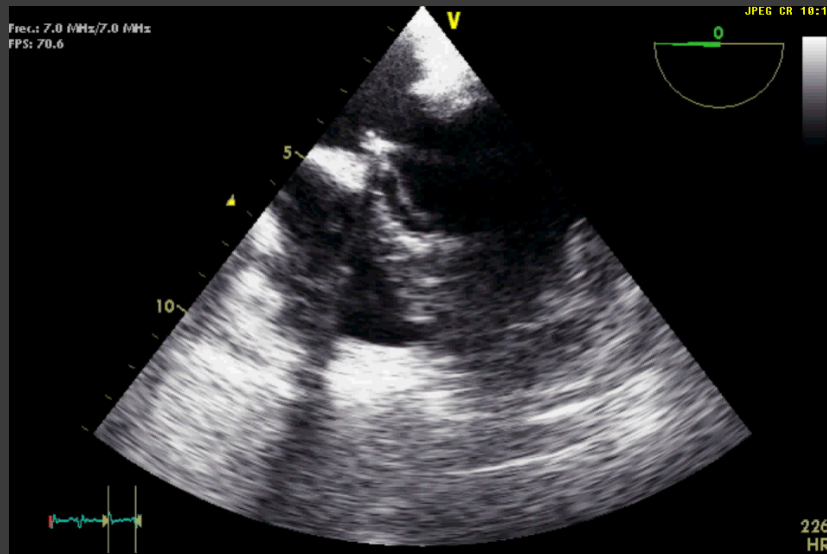


CIRURGIA



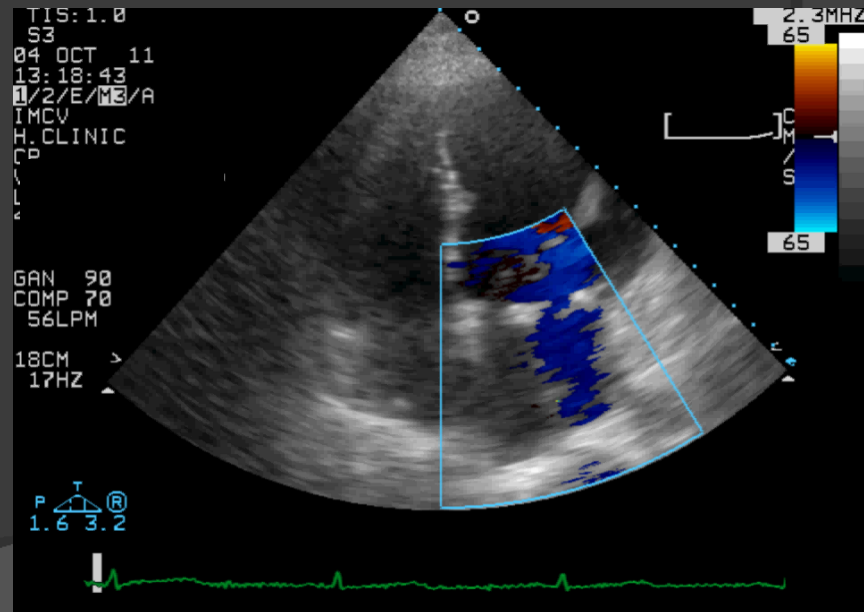
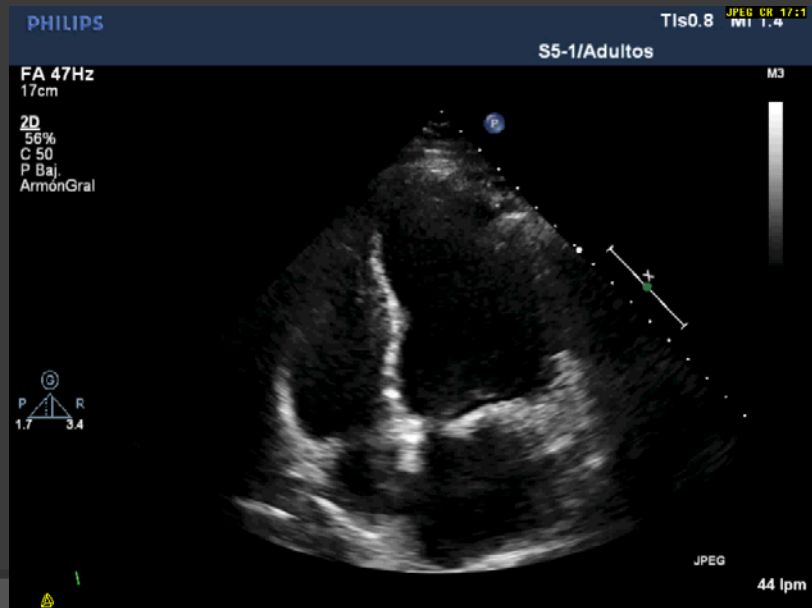
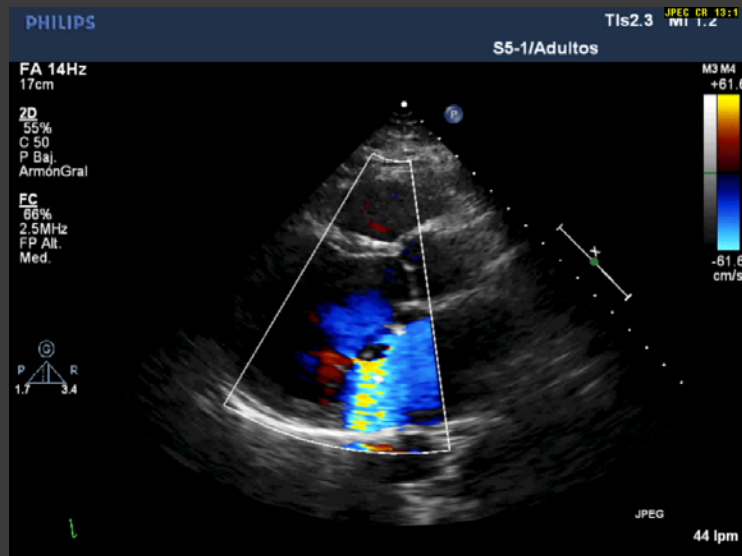
- Anuloplastia mitral amb anell CE PHYSIO II No. 30
- Troballes: Signes de “jet” per IM al festó P2 i a la paret de l’AE subjacent, amb lesió àmplia i molt aparent. Restricció moderada de la valva posterior (P2 i P3), sense presència de calcificació i fibrosi. Sense evidència de prolapse.

EVOLUCIÓN

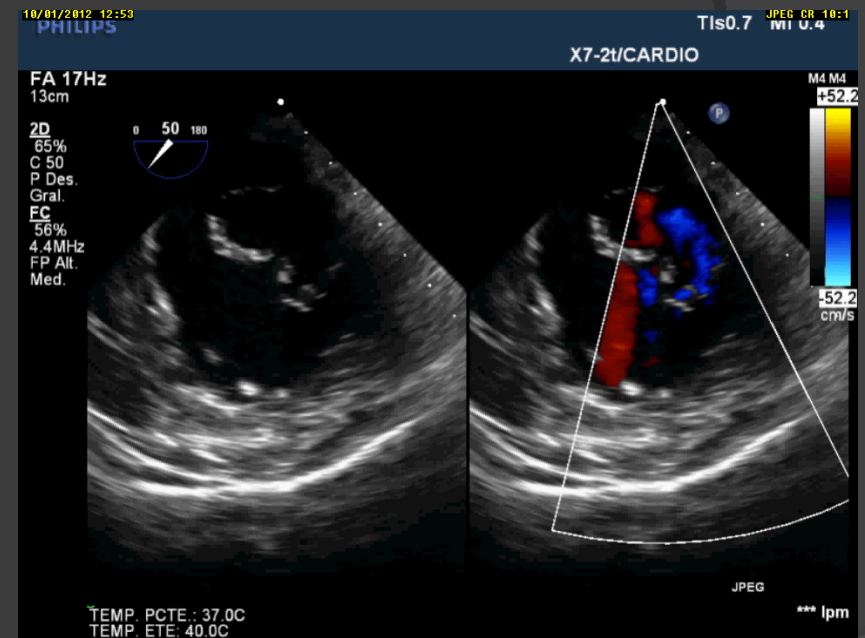
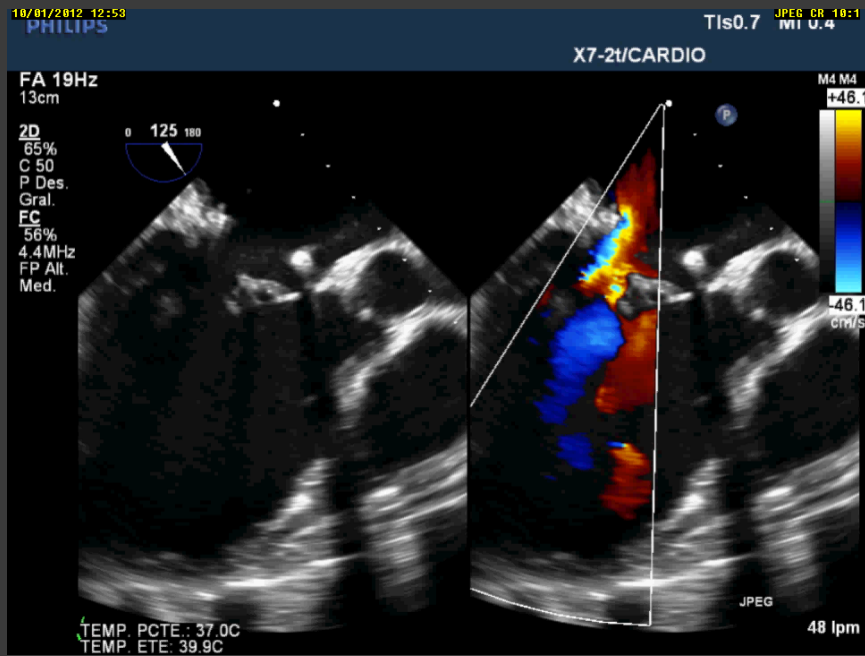


- Post-qx IM ligera en ETE
- ALTA con ETT que demuestra IM ligera
- A los 5 meses comienza con disnea de esfuerzo nuevamente

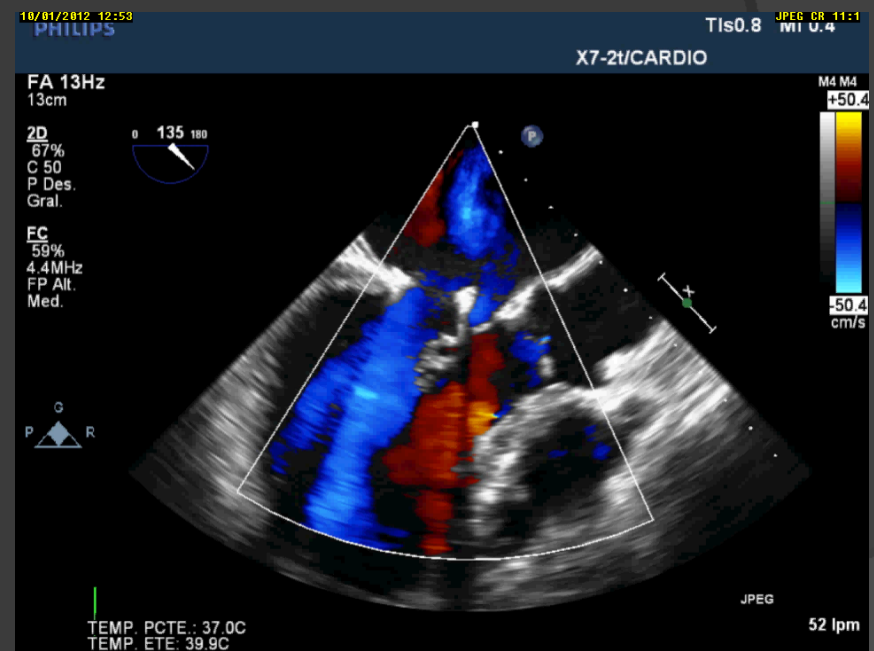
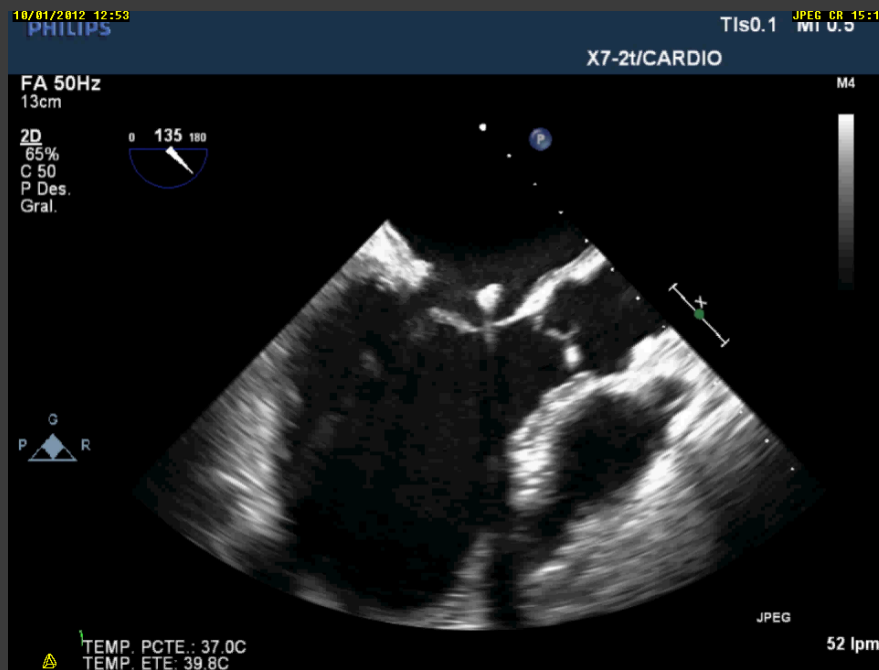
ETT

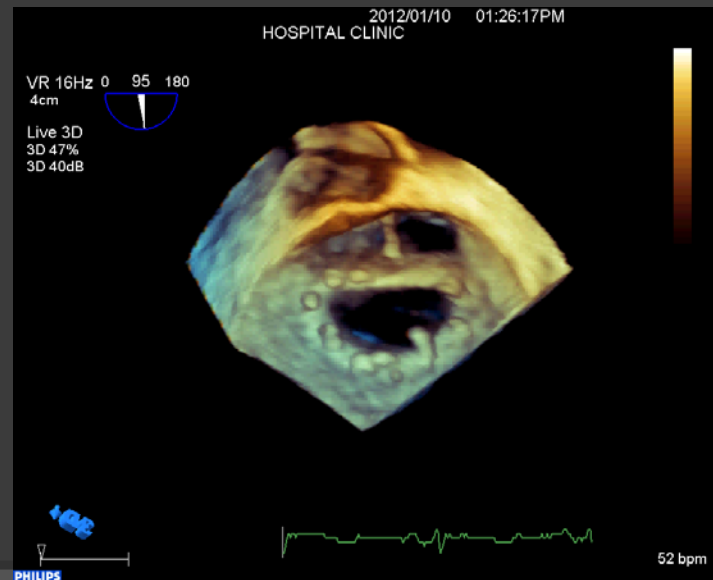
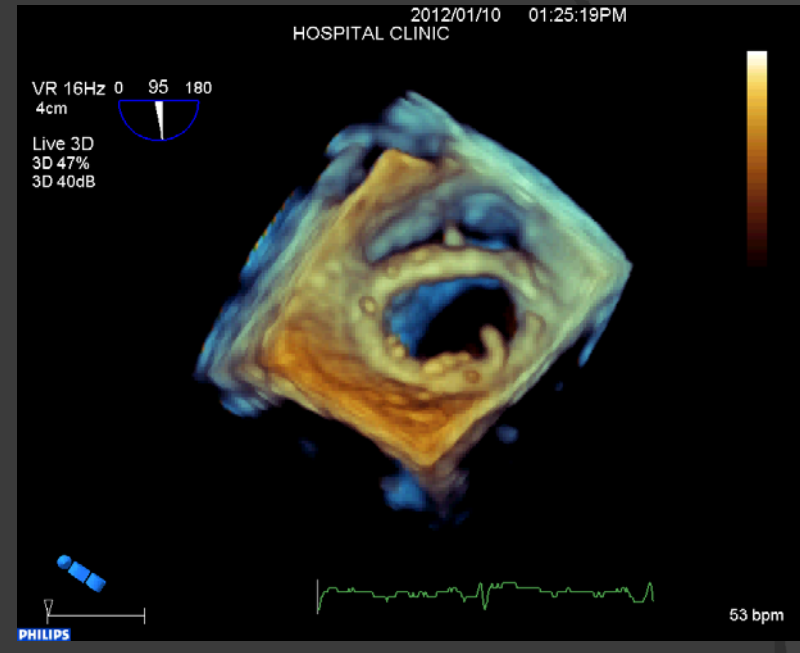
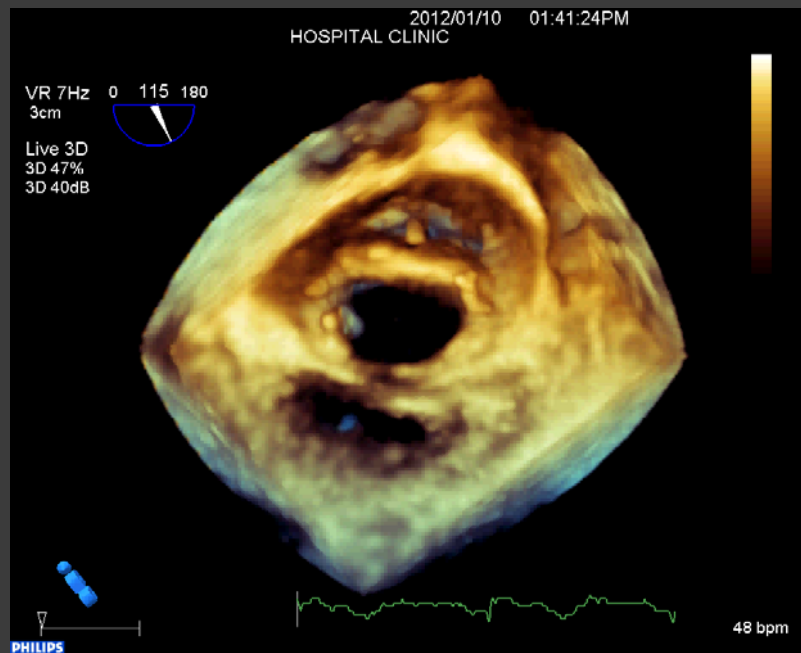


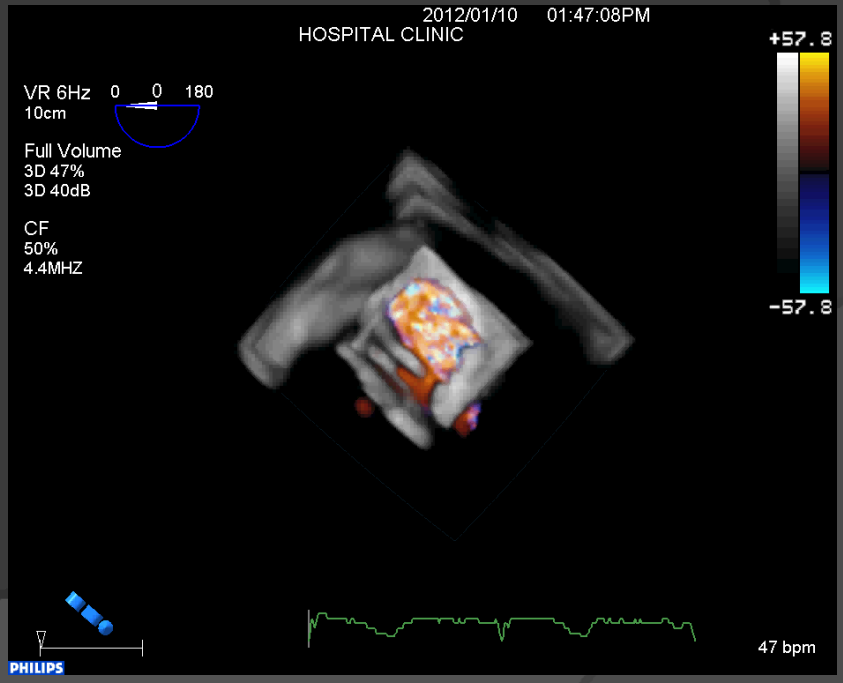
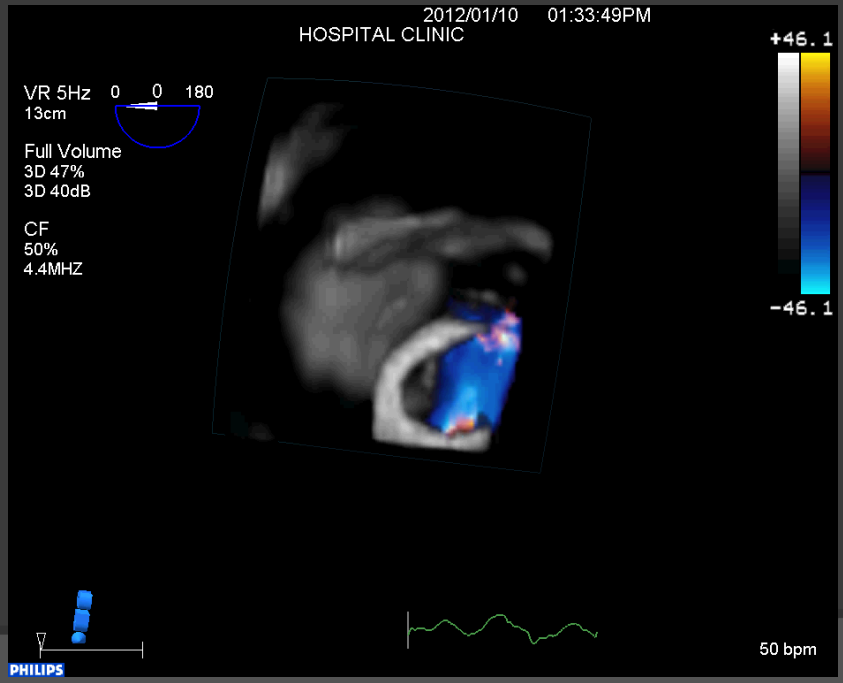
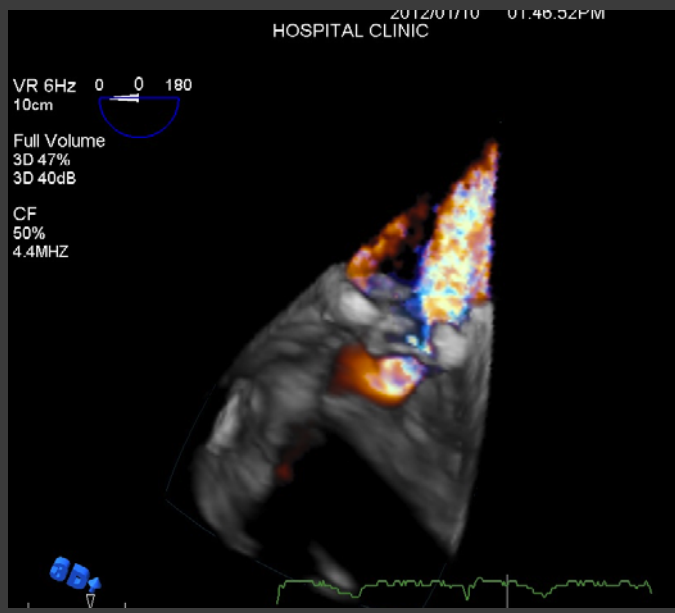
ETE AMBULATORIO



ETE AMBULATORIO







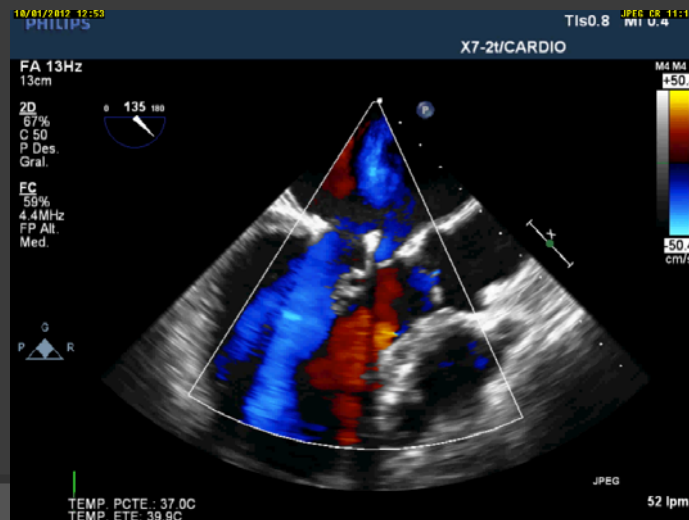
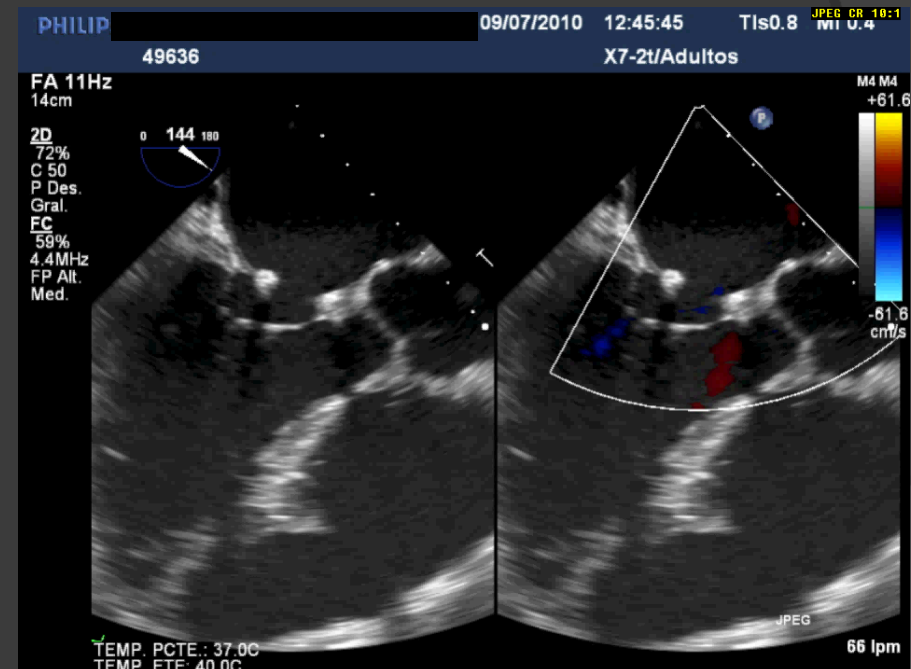
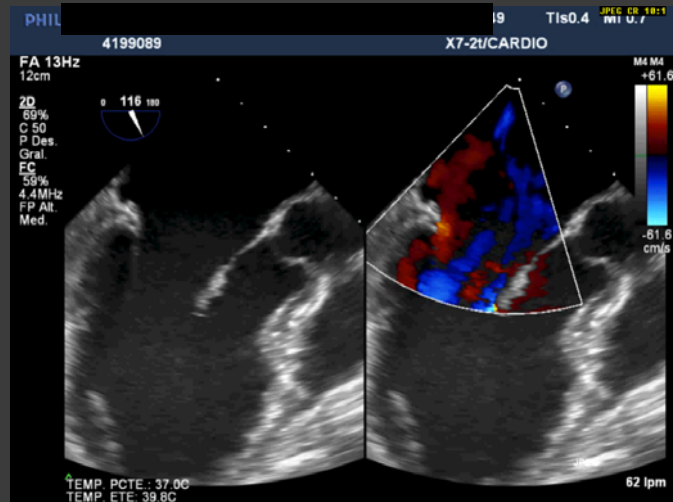
Informe ETE

- Anuloplastia mitral amb anell Carpentier Physio II No. 30 amb IM residual severa per restricció del vel posterior. Zona de dehiscència a l'anell anterior amb mínima regurgitació a aquest nivell.
- VE severament dilatat, amb motilitat global conservada.
- IT lleugera sense HTP
- Resta sense canvis respecte ETE previ.

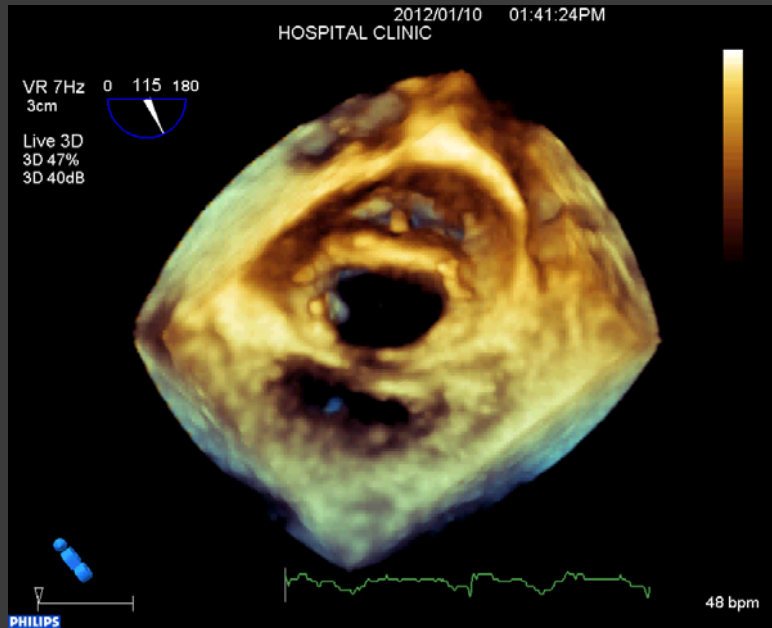
EVOLUCIÓ

- La pacient persisteix amb dispnea NYHA III.
- Es programada per recanvi vàlvula mitral el 20/02/2012.

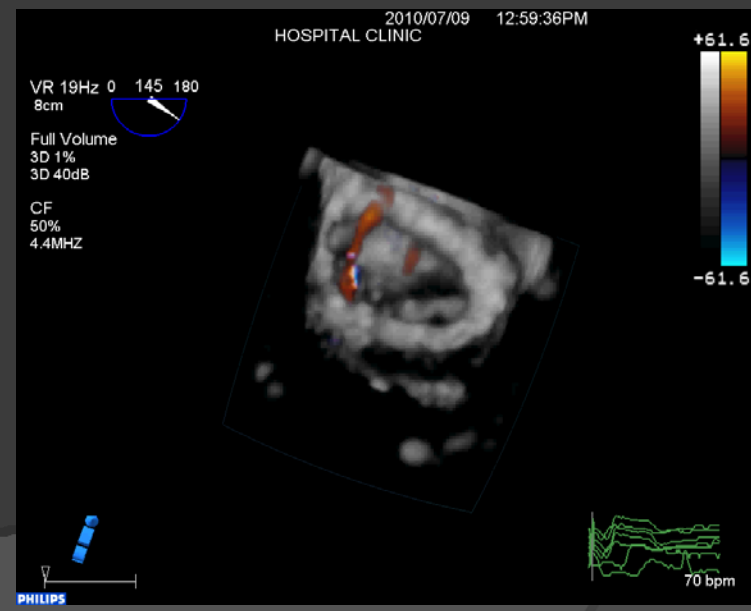
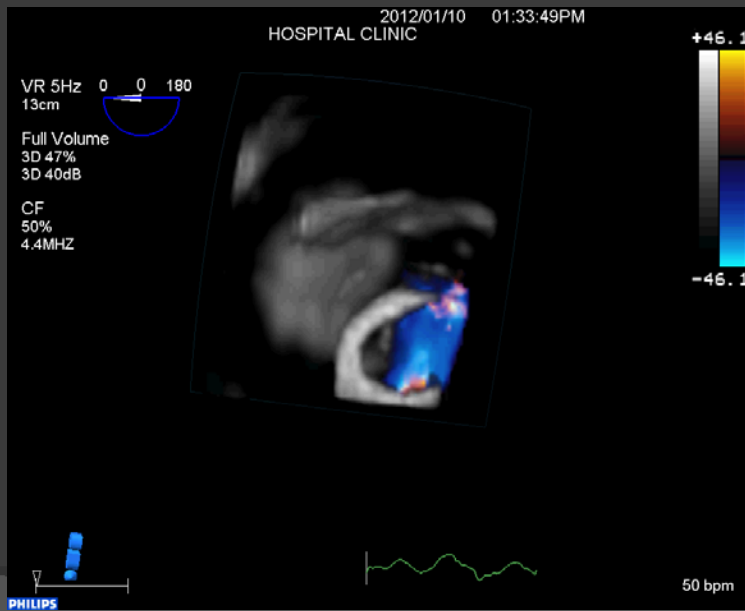
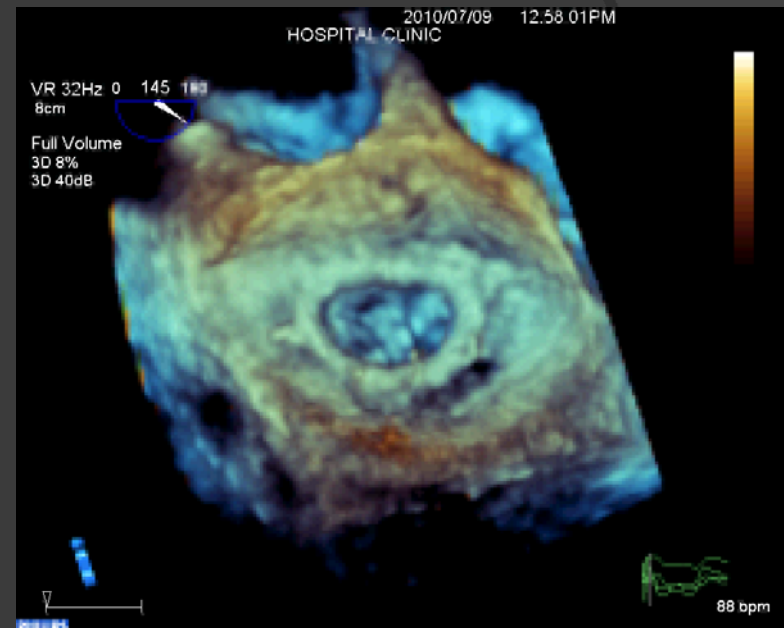
COMPARACIÓ AMB IM ISQUÈMICA



A



B



¡GRÀCIES!

