

# REVISTA

DE LA

# FACULTAD DE MEDICINA

Vol. XXV, Bogotá, Spbre., Octbre., Nvbre. y Dcbre., 1957 Nos. 9, 10, 11 y 12

## **Symposium Sobre Cirugía de la Válvula Mitral Celebrado en el Hospital de San Juan de Dios de Bogotá, (Colombia)**

**Aspectos Clínicos de la Estenosis Mitral y su  
Tratamiento Quirúrgico**

*Dr. Jorge E. Bernal Tirado*

Profesor de Clínica Semiológica - Hospital de San Juan de Dios  
Facultad de Medicina U. N.

Los progresos de la cirugía del corazón en los últimos años y la experiencia que se ha ganado durante ellos en relación con los métodos que el cirujano utiliza para la corrección de los defectos de tipo estenótico de la válvula mitral, han colocado al cardiólogo frente a un problema que a pesar de los progresos de la técnica de exploración, no está completamente resuelto: el de saber qué casos pueden beneficiarse de la valvuloplastia o de operaciones similares.

En primer lugar, es necesario saber que no todo paciente con estenosis mitral pura o predominante, debe ser sometido al riesgo, comparativamente pequeño, pero significativo, de una operación sobre el corazón.

Según la experiencia de los grupos y escuelas que más han trabajado en este tipo de cirugía: aquellos pacientes que no experimentan molestias subjetivas o en quienes tales molestias son ocasionales, mínimas, o en todo caso sin carácter progresivo, no deben ser sometidos a la intervención, ya que la expectativa mínima con el tratamiento dietético y médico, es relativamente buena. Son estos los grupos I y II de la clasificación funcional de Harken y colaboradores, que preconizada en sus estudios iniciales hace 5 años, ha recibido luego la confirmación de una experiencia de más de mil casos operados.

Cuando los síntomas resultantes de la hipertensión pulmonar o de la falla miocárdica, especialmente de la primera, adquieren

un carácter severo o progresivo, la intervención quirúrgica es de necesidad, casi de urgencia. Los pacientes están colocados entonces en el grupo III de la clasificación funcional y deben ser operados antes de que pasen al grupo siguiente constituido por inválidos cardíacos cuyos riesgos frente a la intervención aumentan grandemente, en la misma proporción en que desmejoran los resultados inmediatos y los resultados lejanos de ella.

Conocida la frecuente ocurrencia de las lesiones mixtas de las válvulas cardíacas, cuando ellas son la consecuencia de un proceso inflamatorio generalmente reumático y sabido que para las insuficiencias de la válvula mitral, las técnicas de posible corrección quirúrgica están todavía en una fase experimental, el problema que deben afrontar conjuntamente el cardiólogo y el cirujano, se circunscribe a la estenosis mitral pura y a la estenosis predominante.

El diagnóstico de estas lesiones debe hacerse sobre la base de un estudio exhaustivo que ha de tener por fundamento un examen clínico cuidadoso.

A este respecto, de los métodos de exploración clínica cardiovascular, los dos más valiosos son la palpación y la auscultación

El hallazgo de un thrill diastólico en la región apexiana o endo-apexiana, en un paciente joven, sobre todo si es de sexo femenino, con antecedentes reumáticos: debe sugerir la posibilidad de una estenosis mitral, especialmente si el choque de la punta es impulsivo y vibrátil o si se palpa un choque diastólico pulmonar.

La auscultación, cuando sus hallazgos son típicos, permite hacer el diagnóstico, pero no hay que olvidar que algunas condiciones patológicas extra-cardíacas como el hipertiroidismo, pueden determinar cambios de los ruidos fundamentales del corazón y la aparición de soplos que pudieran sugerir una lesión valvular inexistente. El mal llamado soplo diastólico de la estenosis mitral, sobre cuyos caracteres y variabilidad ya había insistido en su época Sir Thomas Lewis, es un ruido de tonalidad baja, de timbre frecuentemente retumbante, lo que justifica la denominación de retumbo que le da la Escuela Mexicana y que cuando tiene un carácter "in crescendo" adopta en su última parte (en la pre-sístole) la modalidad de un soplo franco, para terminar en un primer ruido intenso y vibrante. A estos hallazgos se suma habitual-

mente un notable refuerzo del segundo ruido pulmonar y a veces un chasquido de apertura de la mitral que se diferencia del desdoblamiento del segundo ruido por sus caracteres acústicos y por el sitio de máxima percepción: la punta del corazón.

Cuando todos estos elementos se encuentran reunidos, el electrocardiograma y los rayos X no hace normalmente sino mostrar los hallazgos típicos de la estenosis mitral, a saber: para el E. C. G. una onda P bífida que sugiere crecimiento de aurícula izquierda, bloqueo incompleto de la rama derecha del haz de His y signos de hipertrofia ventricular derecha, y para los rayos X: crecimiento de la aurícula izquierda y del ventrículo derecho, dilatación de la arteria pulmonar y notable aumento de las arborizaciones bronco-vasculares del pulmón, por estasis crónico pasivo.

El problema queda entonces reducido a saber si la estenosis es pura o si se asocia a insuficiencia mitral y de qué grado.

El criterio del grupo de Ellis, Abelman y Harken después de una gran experiencia, es el de que ninguno de los signos diferenciales que se han propuesto por distintos autores para la diferenciación clínica tiene un valor absoluto y que dado que las técnicas más avanzadas de laboratorio, con excepción del cateterismo directo de aurícula y ventrículo izquierdos, se han mostrado inferiores a lo que de ellos se esperaba: es necesario en cada caso, proceder a un estudio de conjunto de todos estos signos, valorando luego sus resultados en debida forma para tratar de establecer un diagnóstico, que puede con todo no ser corroborado en el acto quirúrgico.

Veamos ahora en detalle, el estudio de los signos diferenciales propuestos y sus posibles causas de error.

La presencia de un soplo sistólico mitral agregado, de intensidad III a IV, es seguramente índice de la existencia de una insuficiencia valvular; pero nada dice del grado de ella, ya que es posible encontrar insuficiencias predominantes con soplos pequeños y aún sin soplos y que por otra parte soplos sistólicos de grado I a II pueden ser oídos en estenosis puras. La presencia de insuficiencias tricuspídeas agregadas, orgánicas o funcionales puede explicar buen número de estos casos.

La presencia de un chasquido de apertura mitral, indica una estenosis predominante, sin excluir al parecer insuficiencias en ocasiones grandes.

Los signos radiológicos, de interpretación difícil cuando existe un crecimiento auricular marcado, tienen por base la presencia de un agrandamiento notable del ventrículo derecho sin agrandamiento del ventrículo izquierdo. Parece con todo definitivamente establecido que las aurículas izquierdas más grandes son la resultante de estenosis asociadas a insuficiencias valvulares graves, frecuentemente predominantes. Lo mismo ocurre cuando quiera que hay evidencia radiológica de agrandamiento del ventrículo izquierdo sin que exista hipertensión arterial o lesiones valvulares aórticas.

En cuanto a la existencia de distensión sistólica auricular evidenciable a la fluoroscopia, hay que decir que sus resultados aún en manos de técnicos con el máximun de dedicación y entrenamiento, han sido esencialmente variables, dando porcentajes muy altos de falsos positivos y negativos. Tampoco el esofagograma auricular ni el electrokimograma han dado los resultados que en un principio se daban por seguros.

El electrocardiograma es el método más sensible para el estudio del agrandamiento relativo de los ventrículos, y así tenemos que como criterio general puede aceptarse que la ausencia de signos francos de hipertrofia ventricular derecha o de bloqueo de la rama derecha del haz de His, con un eje eléctrico normal: debe sugerir crecimiento de ambos ventrículos y por ello insuficiencia mitral agregada de grado severo o predominante.

En cuanto a la diferencia en la semiología funcional de los pacientes, en el sentido de que los que tienen estenosis mitral predominante, presentan sobre todo dispnea con ocasión del esfuerzo; en tanto que aquellos con insuficiencia predominante, como consecuencia de la disminución del débito sistólico ventricular efectivo, presentan sobre todo fatigabilidad fácil. Creemos que en nuestro medio es de muy difícil aplicación e interpretación.

En síntesis: en presencia de signos de estenosis mitral, hay que pensar en insuficiencia mitral asociada, severa o predominante: cuando quiera que se evidencie un crecimiento muy grande de la aurícula izquierda, con o sin regurgitación visible a la fluoroscopia, o cuando quiera que no haya signos electrocardiográficos de hipertrofia ventricular derecha o de bloqueo de la rama derecha del haz de His, o cuando a los rayos X se aprecie cre-

cimiento del ventrículo izquierdo en ausencia de hipertensión arterial o de signos de lesiones aórticas.

**BIBLIOGRAFIA:**

HARKEN DWIGHT., ELLIS LAURENCE B., DEXTER LEWIS., FAR-BAND ROBERT E. and DICKSON JAMES F. **The Responsibility of the Physician in the Selection of Patients with Mitral Stenosis for Surgical Treatment.** Circulation. Vol. V N° 3, March 1952.

ABELMANN WALTHER H., ELLIS LAURENCE B. and HARKEN DWIGHT. **The Diagnosis of Mitral Regurgitation.** The American Journal of Medicine. Vol. XV N° 1, July 1953.

ELLIS LAURENCE B., ABELMANN WALTHER H. and HARKEN DWIGHT E. **Selection of Patients for Mitral and Aortic Valvuloplasty.** Circulatio. Vol. XV N° 6, June 1957.