

Paciente femenina de 66 años con miocardiopatía hipertrófica obstructiva

Dr. Martín Ibarrola

Pte femenina de 66 años concurre por disnea CF III/IV y angor de 2 meses de evolución. Antecedente de miocardiopatía hipertrófica obstructiva dinámica, con antecedentes de HTA en tratamiento con isoptino 240 mg día. Enalapril 10 mg cada 12 hs. Hidroclorotiazida 50 mg 1/2 por día, ex tabaquista con diagnóstico de enfisema pulmonar y tratamiento con seretide. Hipotiroidismo medicado con 50 mcg de levotiroxina. Atorvastatina 10 mg/día

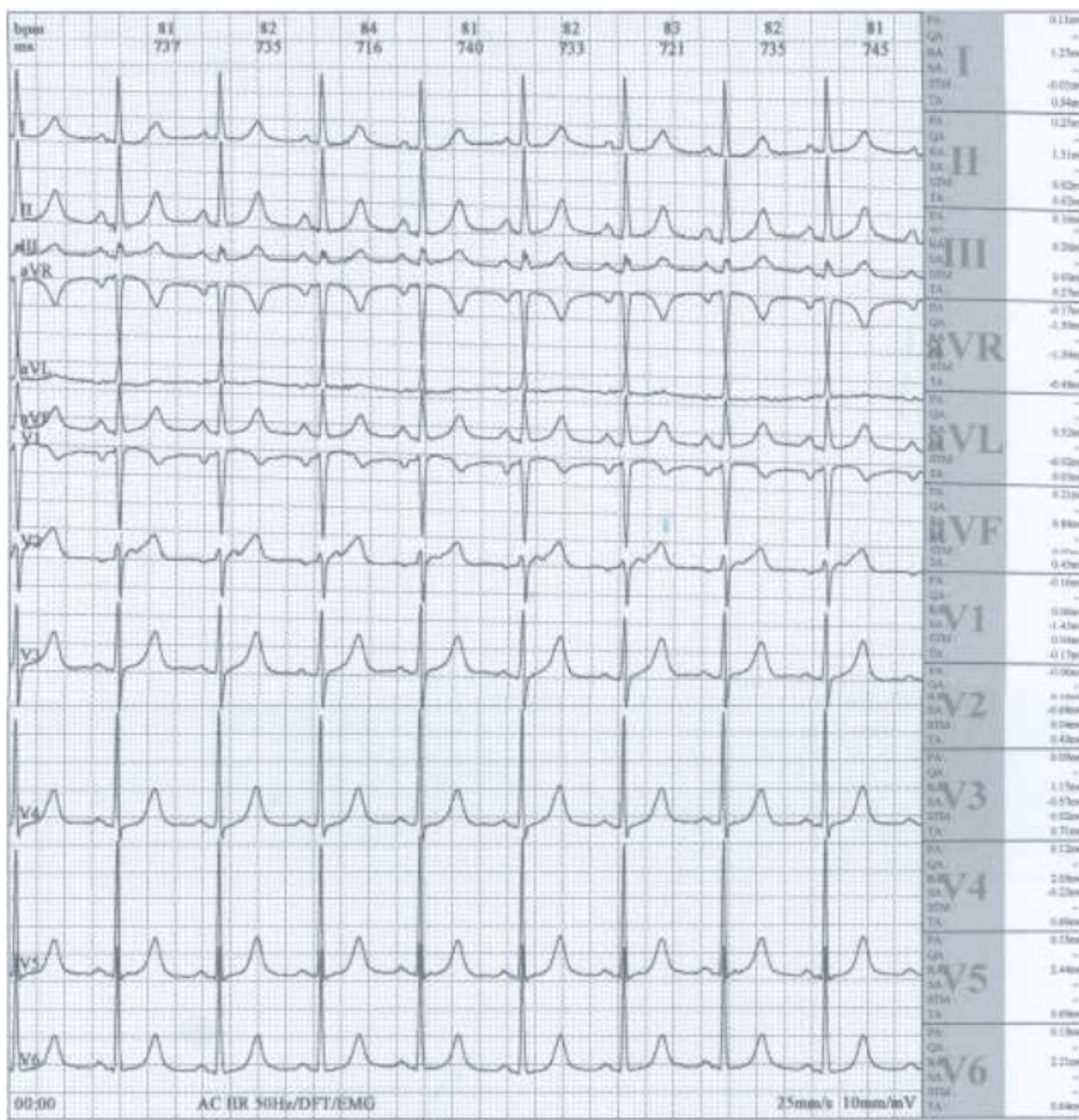
Examen físico: Ta 110/70. R1 R2 disminuídos de intensidad. SS eyectivo aórtico 4-6 irradia a base de cuello. SS mitral 2-6 irradia a punta. SD Ao 1- 2/6. No edemas periféricos. Crepitantes en ambas bases pulmonares. No edemas periféricos.

En **TAC tórax**. Leve fibrosis de base pulmonar derecha.

Se adjunta ECG y Eco que evidencia obstrucción dinámica al TSVI por MAS del anillo valvular mitral, severa con un gradiente subvalvular máximo de 134 mm Hg, medio de 56,6 mm Hg. Insuficiencia mitral de grado moderado, insuficiencia aórtica de grado leve. SIVD 20 mm.

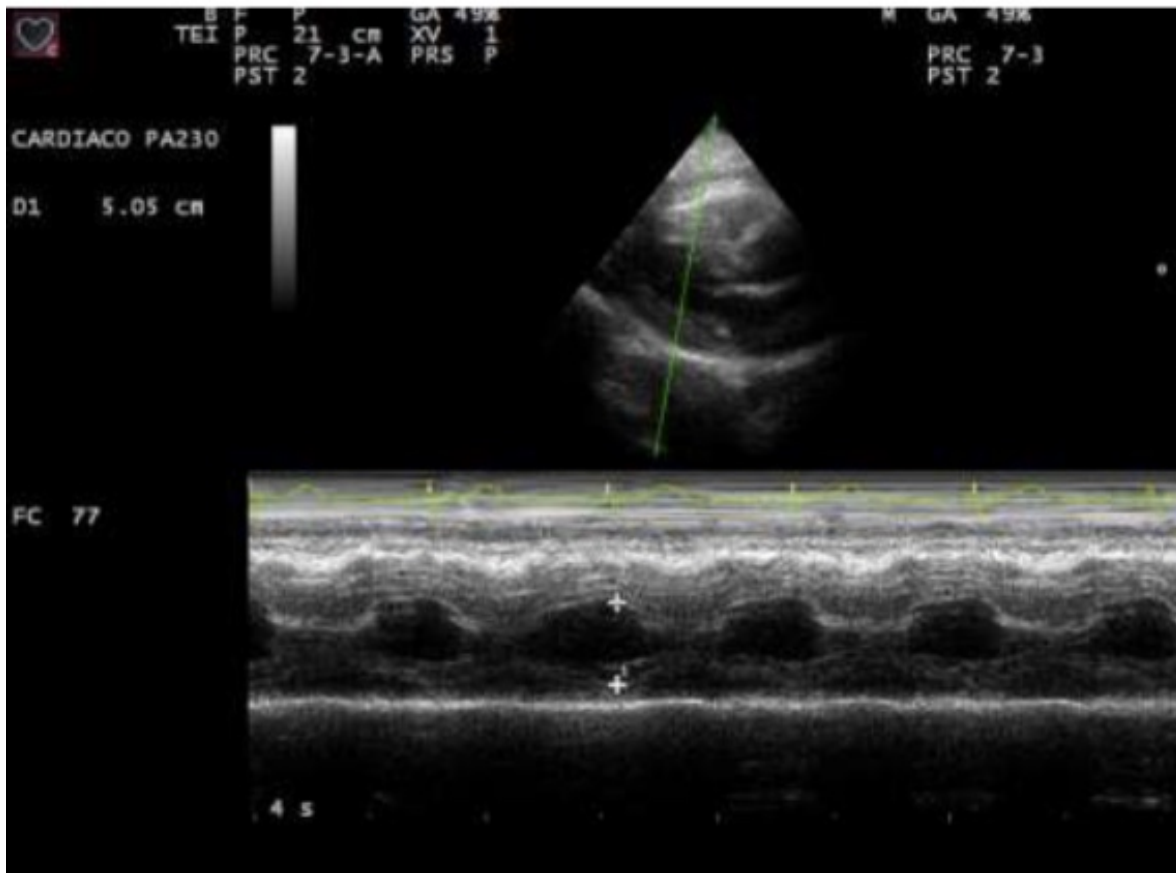
Se realiza test de la marcha de 6 min. Con saturación inicial de 96% a los 3 min disnea 10/10 saturación arterial 93%.

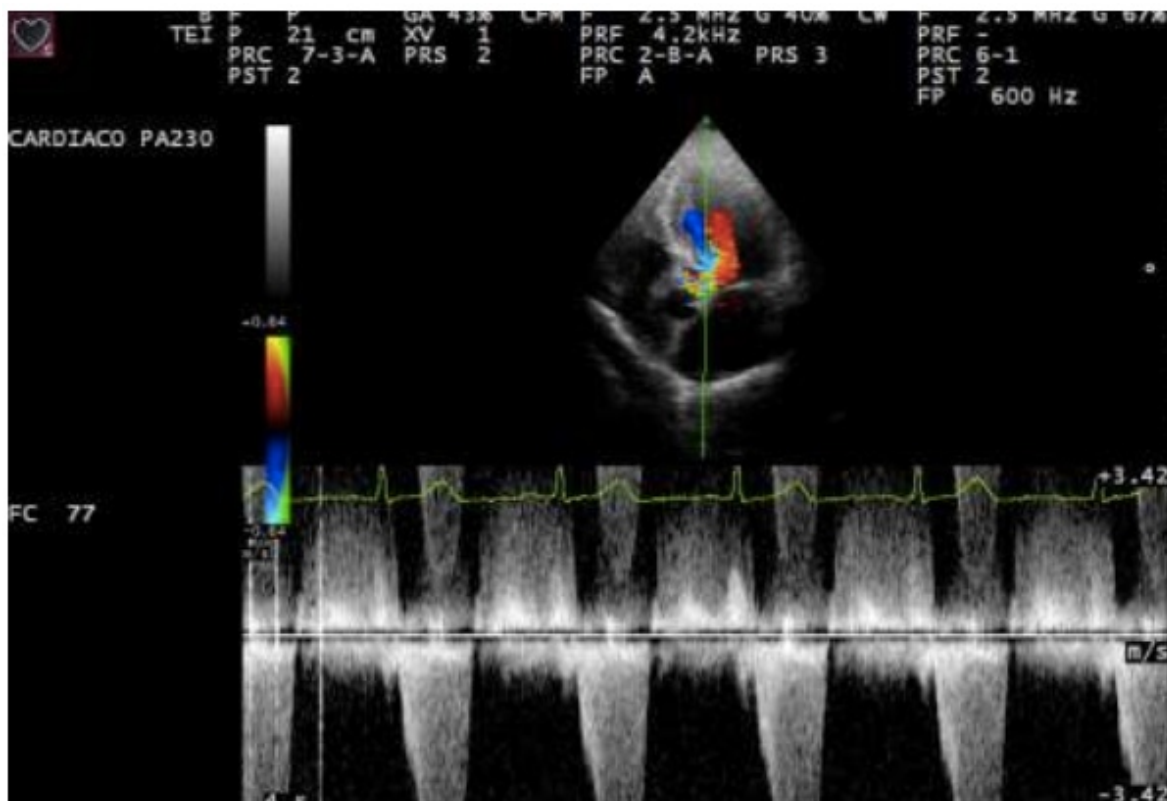
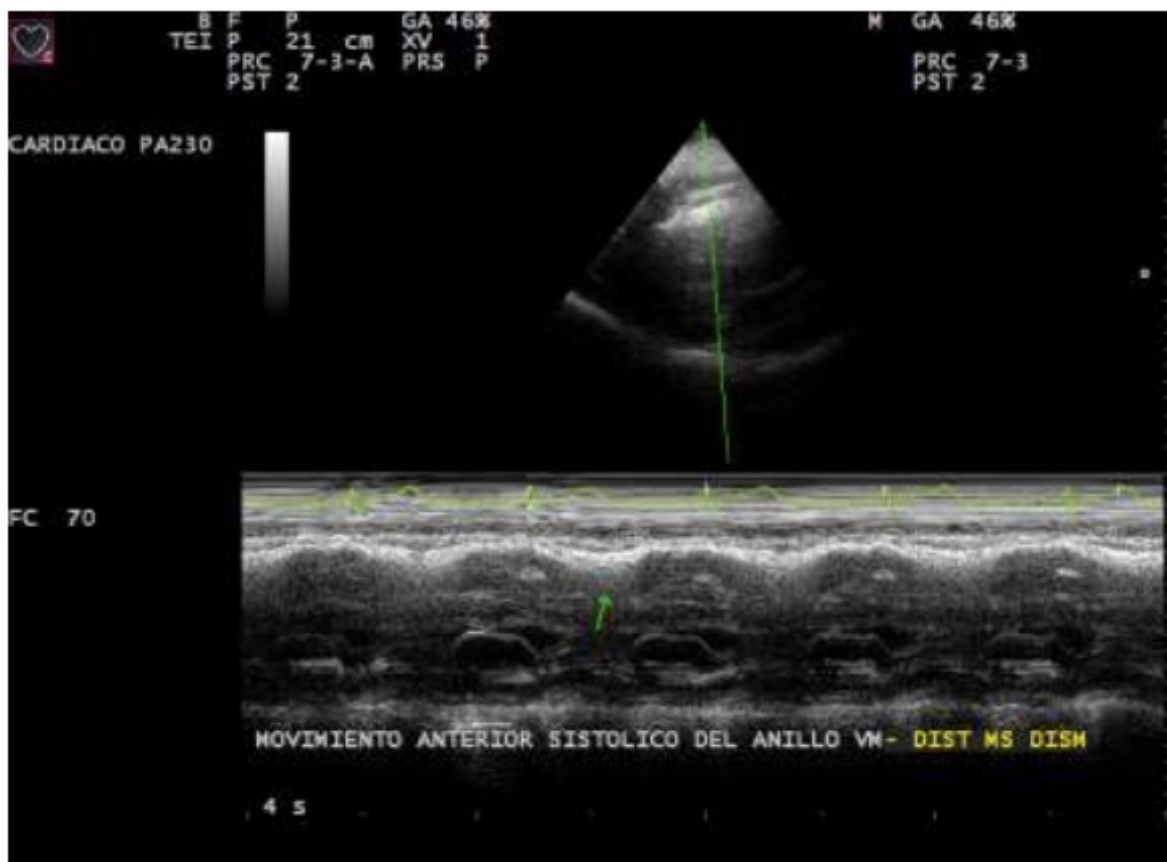
¿Cual conducta les impresiona la adecuada? Adjunto ECG y Eco de la paciente:

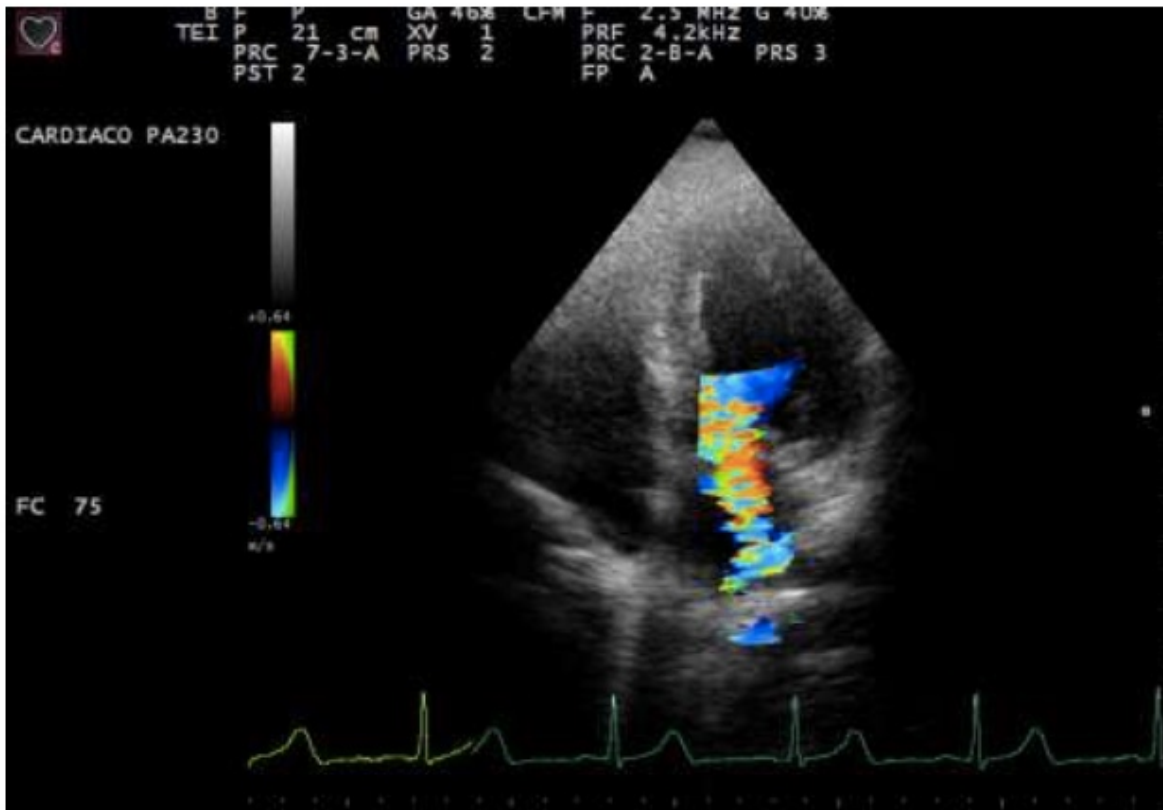


ECO: VIDD 45. VIDS 23. SIVD 20. PP 10. MASA VI 11. IMVI 95. Fey 75%. VD 25. AI 46. RAO 33. Fibrosis de válvula aórtica con apertura conservada. Distancia mitroseptal disminuída. Movimiento anterior sistólico del anillo valvular mitral.

DOPPLER. Gradiente suvalvular aórtico máximo 134 mm Hg. Medio de 56,6. Grad VAO 10,4 mm Hg. Medio 4,8, Área VA normal. Insuficiencia mitral moderada. Patrón diastólico VI de tipo restrictivo. No signos de Hipertensión pulmonar.







Estimado Martin:

Sin ser experto opino:

Paciente sintomática, ECG: dentro de lo normal. Ecocordio: fibrosis valvular aórtica (por la edad), MAS por la hipertrofia miocárdica subvalvular así como la disminución de la distancia mitroseptal (efecto Venturi), patrón diastólico de VI restrictivo (insuficiencia cardíaca, miocardiopatías restrictivas en fase avanzada, enfermedad coronaria, regurgitación aórtica y pericarditis constrictiva).

Tratamiento:

- Mejorar la relajación del ventrículo izquierdo.
- Disminuir las presiones de llenado sin disminuir el gasto cardíaco.
- Prevenir el exceso de contractilidad.

Saludos Eduardo Quiñones

Estimado Dr. Ibarrola: La paciente está con medicación completa (no tiene B-B pero es enfisematosa y la puede empeorar), y tendría indicación de algún procedimiento para disminuir tamaño septal. Está sintomática a pesar de la medicación, clase funcional III-IV, Gradiente muy elevado. La indicación sería la miectomía septal quirúrgica; el problema es cuánto me contraindica el enfisema el procedimiento o cuánto me eleva el riesgo quirúrgico. La prueba de marcha baja la saturación pero no a un grado severo, quizás sería útil la espirometría para saber la capacidad vital o realizar un pico/flujo ya que si son bajos el riesgo quirúrgico sube considerablemente y podría estar indicada la ablación septal con alcohol. Ahora como una de las complicaciones de la ablación es el bloqueo A-V, se podría colocar un marcapaso DDD ver si el movimiento paradójal del septum provoca alguna mejoría y si no lo hace, intentar la ablación. Obvio, cualquiera de estas alternativas si la miectomía quirúrgica está contraindicada o el riesgo es muy elevado.

Es mi opinión; veamos que dicen los que saben.

Un abrazo y felices fiestas

Ignacio Retamal

Gracias Eduardo e Ignacio por los comentarios.

1. El espesor del Septum es de solo 18-20 mm; la miomectomía ya sea quirúrgica o por alcohol no esperaría una mejoría del gradiente subvalvular.
 2. El problema es el movimiento del anillo valvular mitral y válvula mitral; no se observa en el eco una implantación anómala del músculo papilar anterior pero obviamente juega un rol importante en la obstrucción dinámica al tracto de salida del VI.
 3. El diagnóstico de enfisema pulmonar es por demás dudoso. La paciente luego del test de la marcha retiró por su cuenta los broncodilatadores y sumado al aumento de dosis de isoptino a 360 mg y 60 mg cada 12 de diltiazem y rotación de la hidroclorotiacida por furosemida y reducción del enalapril por su TA, presentó mejoría leve de los síntomas y disminución del gradiente en reposo, desgraciadamente no frente a mínimos esfuerzos. El bisoprolol se lo retiraron hace 1 año porque interpretaron deterioro de la CF por éstos. Lo que no evitó la progresión de la sintomatología de la paciente.
 4. Fue examinada por un prestigioso y referente electrofisiólogo, -espero no se ofenda si lo menciono-, su don de gente, amabilidad y profesionalismo merecen mi reconocimiento, al ser derivada para colocación de marcapasos para intentar movimiento paradójal del septum y mejorar la obstrucción al TSVI; la refirió sin ningún costo en el centro de miocardiopatías (no tiene cobertura en ese centro). Hoy realizaban una teleconferencia con USA a fin de evaluar conductas. Tiene un estudio previo de difusión pulmonar, pero si se encuentra en IC CF III/IV el valor real de éste, interpreto es limitado. No sé a los expertos, aquí en el foro, cuál será su experiencia u opinión, pero la colocación del marcapasos, no es de riesgo para la paciente, no va a dejar de tener una obstrucción dinámica al TSVI pero sí mejorara su calidad de vida.
- ¿Agregar ivabradina al tratamiento? ya que obviamente con el aumento de los bloqueantes caálicos presento edema de MII, por lo que se retiró el diltiazem.
- Aguardo sus comentarios y opiniones.

Al Dr. Laiño mi agradecimiento por su gesto, independientemente de las decisiones de su grupo y los resultados, un regalo al alma de una paciente que ve un hilo de esperanza a su padecimiento. Espero me perdone por mencionarlo.

Un saludo

Martin Ibarrola

Martín, es claro que el problema es la válvula mitral, la miectomía está indicada en septum de >18mm y en la misma cirugía se puede corregir la válvula mitral. Si mejoro claramente la sintomatología con isoptino 360 y la frecuencia sigue alta (el ECG muestra 90x') sospecho que la ivrabadina no tendría ninguna contraindicación y creo que puede ayudar. Ahora el gradiente transvalvular, insisto es muy alto. Suerte con la paciente, Felices fiestas

Ignacio Retamal

Estimado Ignacio, solo quería comentar que estudios recientes han demostrado que los Betabloqueadores pueden usarse en la EPOC, cada vez se van derrumbando más los dogmas que hemos arrastrados con este valioso grupo farmacológico. Menciono un trabajo nuestro de opinión sobre el tema. (Alberto Morales Salinas. Dogmas y actualidades del uso de los beta-bloqueadores en prevención secundaria. Segunda parte. [Revista Finlay. 2012 Ene-Mar;2\(1\): Pág.68. www.revfinlay.sld.cu](http://www.revfinlay.sld.cu))

Abrazo y felices fiestas

Alberto Morales Salinas

Quiero felicitar al Dr. Morales por su comentario. No sólo porque es correcto desde el punto de vista científico, sino porque lo acompaña de referencias. Y no solo eso, son sus propias publicaciones lo que avalan su comentario.

No tengo nada que decir sobre el caso, solo resaltar que así da gusto leer el foro.

Les mando un fuerte abrazo a Ignacio, que se ha vuelto un miembro activísimo del foro (Gracias!), a Alberto por este excepcional email y a todos los queridos amigos apasionados por seguir aprendiendo.

Y al Profe Edgardo, mi abrazo especial, mi cariño y respeto, mi admiración más profunda.

Felices Fiestas!

Adrián Baranchuk

Gracias Dr. Morales por su aporte, si en más de una oportunidad los he usado como bien dice Ud. atenolol o bisoprolol, con buenos resultados lo que no quita que lo controle según la tolerancia del paciente y que más de un neumonólogo me lo hace retirar.

Adrián: siempre sigo el foro, hasta hace un tiempo me animaba más a algún comentario; luego, la presencia de tanta ilustre opinión me generó un cierto escozor antes de generar un aporte, igual disfruto de toda la movilización de este foro y de las personas que lo forman.

Hoy me has dejado sin palabras, ¿no tenés más nada que decir en el caso de Martin??

Gracias a todos por lo que enriquecen y estimulan a seguir aprendiendo.
Un abrazo y felicidades

Ignacio Retamal

No pude seguir el caso, pero el email de Alberto me animó a escribir.

Un fuerte abrazo

AB
