

Paciente femenina de 66 años con MCH y disnea CF III/IV – 2012

Dr. Martín Ibarrola

Estimado Edgardo envío el siguiente caso para escuchar las opiniones acerca de las conductas a tomar.

Se trata de una paciente de 66 años con disnea CF III/IV y angor de dos meses de evolución con miocardiopatía hipertrófica con obstrucción dinámica al TSVI severa. Antecedentes de HTA en tratamiento con isoptino 240 mg día. Enelapril 10 mg cada 12 hs. Hidroclorotiazida 50 mg 1/2 por día, ex tabaquista con diagnóstico de enfisema pulmonar y tratamiento con seretide. Hipotiroidea medicada con 50 mcg de levotirixina. Atorvastatina 10 mg/día

EF. TaA 110/70. R1 R2 disminuidos de intensidad. SS eyectivo aórtico 4/6 irradia a base de cuello.

SS mitral 2/6 irradia a punta. SD Aórtico 1- 2/6. No edemas periféricos. Crepitantes en ambas bases pulmonares. No edemas periféricos.

En TAC tórax: leve fibrosis de base pulmonar derechas.

Se adjunta ECG y eco que evidencia obstrucción dinámica al TSVI por MAS del aparato 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.

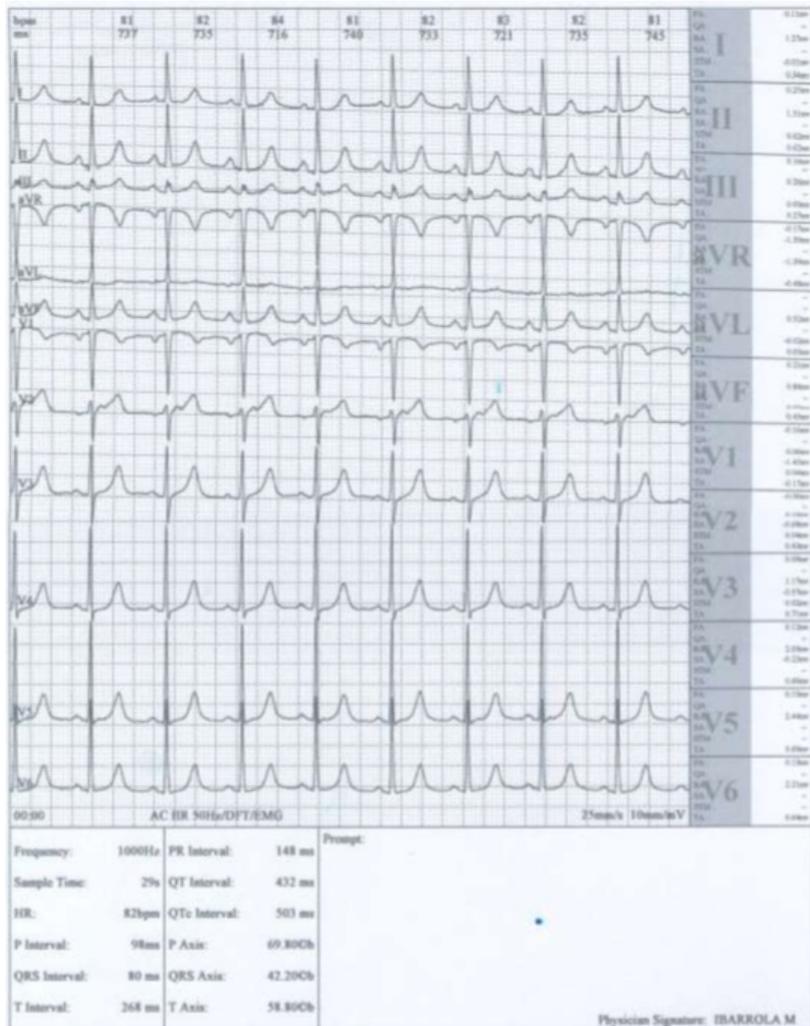
Se realiza test de la marcha de 6 min. Con saturación inicial de 96% a Iso 3 min disnea 10/10 saturación arterial 93%.

¿Qué interpretación les merece a los expertos?

¿Conductas?

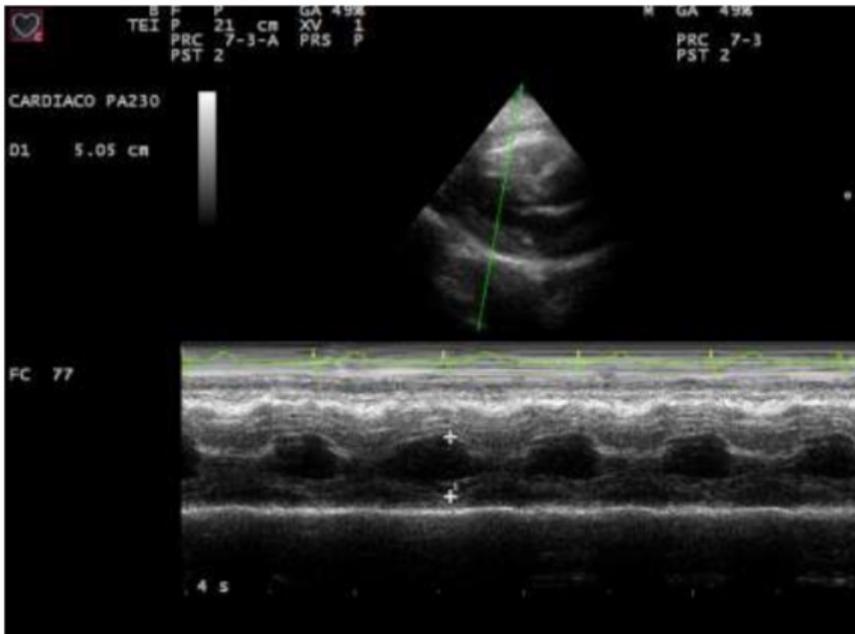
Un saludo

Martin Ibarrola



ECO: VIDD45. VIDS 23. SIVD 20. PP 10. MASA VI 11. IMVI 95. FEY 75%. VD 2 AI 46. RAO 33. FIBROSIS DE VALVULA AORTICA CON APERTURA CONSERVADA. DITANCIA MITROSEPTAL DISMINUIDA. MOVIMIENTO ANTERIOR SISTOLICO DEL AVM.

DOPPLER. GRADIENTE SUVALVULAR AORTICO MAX 134 MM HG. MEDIO DE 56,6. GRAD VAO 10,4 MM HHG. MEDIO 4,8, AREA VAO NORMAL. IM MODERADA. PATRON DIASTOLICO VI RESTRICTIVO. NO SIGNOS DE HT PULMONAR.



OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Martin:

Sin ser experto opino:

Paciente sintomática, ECG: dentro de lo normal. Ecocardio: 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. Esta sintomática a pesar de medicación, clase funcional III-IV, Gradiente muy elevado. La indicación sería la miomectomía 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 paradójico del septum provoca alguna mejoría y si no lo hace intentar la ablación. Obvio cualquiera de estas alternativas si la miomectomía 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 Edgardo e Ignacio por los comentarios.

1, El espesor del Séptum 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 evito 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 paradójico 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 este interpreto es limitado.

No se a los expertos aquí en el foro 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 si mejorará su calidad de vida.

¿Agregar ivabradina al tratamiento? ya que obviamente con el aumento de los bloqueantes cálcicos presentó edema de MII, por lo que se retiró el diltazem.

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

Martin es claro que el problema es la válvula mitral, la miomectomía está indicada en séptum de >18mm y en la misma cirugía se puede corregir la válvula mitral.

Si mejoró claramente la sintomatología con isoptino 360 y la frecuencia sigue alta (el ECG muestra 90x') sospecho que la ivabradina 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,
Abrazo y felices fiestas

Alberto Morales Salinas

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.

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

Ignacio Retamal
