

Engrosamiento de la válvula mitral como manifestación de sarcoidosis cardíaca. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Ivey-Miranda JB, Viveros-Rentería E, Aello-Reyes LG, Maroto-Carrera EA, Larraya-Indaberea JA, Portos-Silva JM

Hospital Español de México.



INTRODUCCIÓN: Femenino de 69 años con antecedente de Infarto Agudo del Miocardio en el 2010 manifestado como Muerte Súbita que ameritó 30 minutos de reanimación. Se realizó coronariografía en donde se encontró obstrucción del 97% en el ostium de la arteria coronaria derecha y presencia de trombo. Se colocaron dos stents farmacológicos. El ecocardiograma mostró hipocinesia inferior basal con FEVI del 65%, insuficiencia mitral y tricuspídea leves con presión sistólica pulmonar de 38 mmHg (Figura 1). Evolucionó favorablemente, en clase funcional I a su egreso hospitalario. En el 2013 refirió astenia y adinamia, los estudios generales mostraron hiperglobulinemia. Fue referida al hematólogo quien encontró esplenomegalia. Solicitó tomografía en donde se identificaron ganglios mediastinales de 19 mm, esplenomegalia y ganglios retroperitoneales. Se le realizó aspirado de médula ósea con resultado inespecífico. Se mantuvo en vigilancia. En el 2013 se agregó disnea progresiva, disminución ponderal, y presencia de nódulos subcutáneos en brazos. Se realizó PET-CT que confirmó la presencia de esplenomegalia y adenomegalias antes mencionadas, así como lesiones focales hipercaptantes en masas musculares del tórax anterior, de brazos y en el muslo izquierdo (datos compatibles con linfoma no Hodgkin). Debido al deterioro de clase funcional se realizó un nuevo ecocardiograma a finales del 2013 que mostró importante engrosamiento de la válvula mitral con insuficiencia severa, así como insuficiencia tricuspídea severa y presión sistólica pulmonar de 57 mmHg, sin cambios en la contractilidad del ventrículo izquierdo (Figura 2 y 3). Se inició tratamiento para falla cardíaca. Se realizó en Enero del 2014 esplenectomía diagnóstica que evidenció Sarcoidosis. Se inició Prednisona 40 mg al día. Actualmente se encuentra en las primeras 4 semanas de tratamiento y ha presentado desaparición de nódulos subcutáneos y franca mejoría de su clase funcional.

MÉTODOS: Se realizó una revisión de la literatura a través de las bases de datos Pubmed y EMBASE. Se revisaron las fuentes primarias y secundarias acerca de sarcoidosis cardíaca específicamente para encontrar afección de la válvula mitral por esta enfermedad.

RESULTADOS: La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica de etiología desconocida. Los estudios postmortem indican que la afección cardíaca varía del 20 al 25% en los pacientes con sarcoidosis establecida¹. El diagnóstico de sarcoidosis cardíaca ha sido propuesto a través de las guías del Ministerio de Salud de Japón².

La sarcoidosis cardíaca puede presentarse como disfunción ventricular asintomática, insuficiencia cardíaca, diversos grados de bloqueo aurículo-ventricular, arritmias ventriculares, muerte súbita y afección valvular^{1,3,4}.

Respecto a la afección valvular mitral que es el motivo de la revisión de este caso, la literatura encontrada demuestra principalmente insuficiencia de esta válvula como la manifestación típica de sarcoidosis, la cual puede ser secundaria a prolapso valvular^{5,6}, afección del músculo papilar o del aparato subvalvular que ocasiona retracción de las valvas y genera regurgitación⁷⁻¹⁰ o por alteración del miocardio a nivel de la pared septal o posterior^{11,12}.

Así mismo, existen reportes que señalan a la estenosis mitral como manifestación de sarcoidosis cardíaca¹³⁻¹⁵.

CONCLUSIONES: La sarcoidosis cardíaca puede afectar diversas estructuras del corazón. Si bien se ha señalado al engrosamiento del aparato subvalvular como la causa principal de insuficiencia mitral, este caso demuestra que el engrosamiento de las valvas *per se* puede ser otro mecanismo para el desarrollo de la insuficiencia, hallazgo que no ha sido reportado anteriormente.

Figura 1

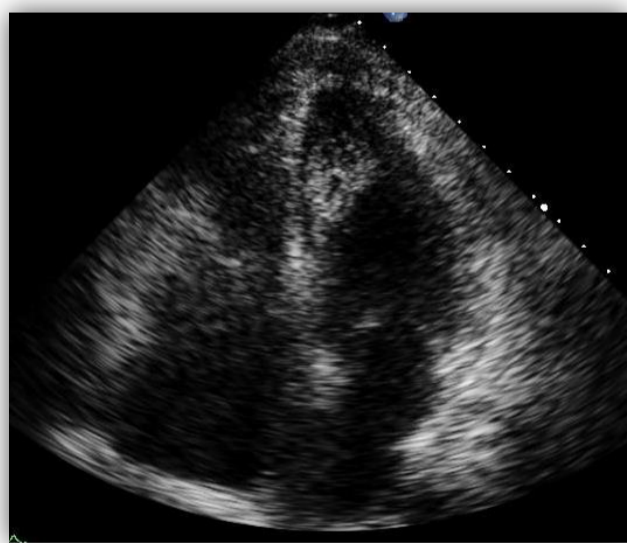
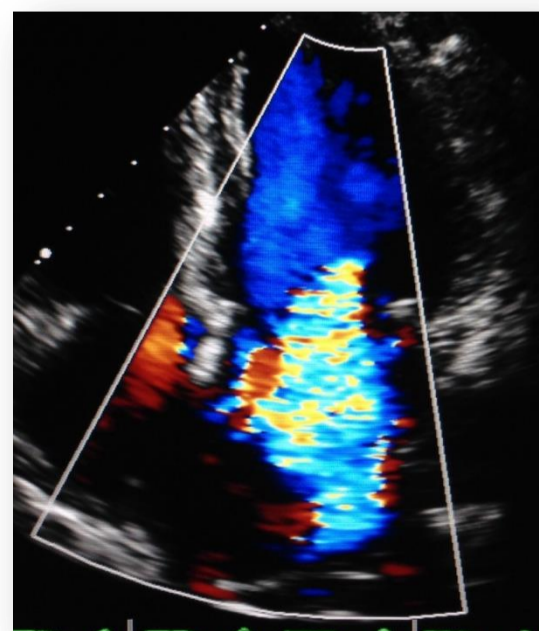


Figura 2



Figura 3



Bibliografía

1. Mantini N, Williams B, Stewart J, Rubinsztain L, Kacharava A. Cardiac sarcoid: a clinician's review on how to approach the patient with cardiac sarcoid. *Clin Cardiol.* 2012;35(7):410-5. doi:10.1002/clc.21982.
2. Hiraga, H, Ywai, K, Hiroe M et al. Guidelines for the diagnosis of cardiac sarcoidosis: study report of diffuse pulmonary diseases. *Jpn Minist Heal Welf.* 1993;23-24.
3. Dubrey SW, Falk RH. Diagnosis and management of cardiac sarcoidosis. *Prog Cardiovasc Dis.* 2010;52(4):336-46. doi:10.1016/j.pcad.2009.11.010.
4. Yeboah J, Lee C, Sharma OP. Cardiac sarcoidosis: a review 2011. *Curr Opin Pulm Med.* 2011;17(5):308-15. doi:10.1097/MCP.0b013e328349637a.
5. Shenkoya KA, Wlash WF, Falicov RE RL. Mitral valve prolapse in sarcoid heart disease. *IMJ III Med J.* 1975;148(5):551-5.
6. Shiota K, Tanaka C, Kawai S, Furukawa K KY. Bilateral hilar lymph-node sarcoidosis associated with prolapse of the posterior mitral valve leaflet. *Nihon Kyobu Shikkan Gakkai Zasshi.* 1975;13(10):614-20.
7. Zoneraiisch S, Gupta MP, Mehta J, Zoneraiisch O WZ. Myocardial sarcoidosis presenting as acute mitral insufficiency. *Chest.* 1974;66(4):452-4.
8. Bertola G, Torchio G, Meregalli M, Sironi C, Benvenuto M. *Heart sarcoidosis. A case of mitral and ascending aorta involvement.* *Recenti progressi in medicina* 84, 765-767 (1993).
9. Cross B, Nicolarsen J, Bullock J, Sugeng L, Bardo D, Lang R. Cardiac Sarcoidosis Presenting as Mitral Regurgitation. *J Am Soc Echocardiogr.* 2007;20(7).
10. Barton JH, Tavora F, Farb A, Li L, Burke AP. Unusual cardiovascular manifestations of sarcoidosis, a report of three cases: Coronary artery aneurysm with myocardial infarction, symptomatic mitral valvular disease, and sudden death from ruptured splenic artery. *Cardiovasc Pathol.* 2010;19(4).
11. Awdeh MR, Erwin S, Young JM NS. Systolic anterior motion of the mitral valve caused by sarcoid involving the septum. *South Med J.* 1978;71(8):969-71.
12. Katsouras CS, Leontaridou C, Achenbach K, et al. *Echocardiographic evidence of posteromedial hypokinesia of the left ventricle in relation to mitral regurgitation in cardiac sarcoidosis.* *Heart and vessels* 21, 382-384 (2006). doi:10.1007/s00380-006-0911-7.
13. Glenn F TB. Sarcoidosis associated with sudden death during mitral valvulotomy. *AMA Arch Surg.* 1956;73(5):862-9.
14. Touré M FJ. Mitral stenosis and sarcoidosis. *Coeur Med Interne.* 1978;17(3):441-7.
15. Shimazu A, Ishikura Y, Odagiri S, Hashimoto M, Hirao D, Shirakusa T. *A case of mitral stenosis associated with cardiac sarcoidosis and left ventricular aneurysm.* [Zasshi] [Journal]. *Nihon Kyōbu Geka Gakkai* 39, 952-955 (1991).