



TEJIDO MITRAL ACCESORIO QUE CONDICIONA OBSTRUCCION DEL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO IZQUIERDO

Michaelis Topete D.¹, Ortega Gutierrez FA.¹, Marín Solís B.¹, Ochoa Torres C.¹

Laboratorio de Ecocardiografía¹, HE CMNO. IMSS. Guadalajara, Jalisco, México.

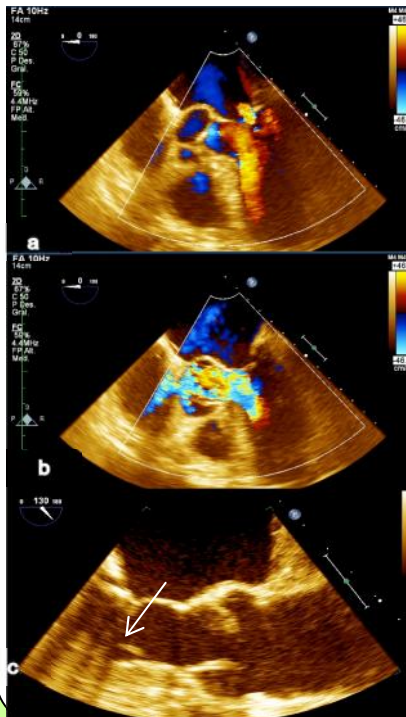


Introducción

El tejido mitral accesorio es una entidad clínica rara que puede ser confundido en el ecocardiograma transtorácico (ETT) con ruptura de cuerdas tendinosas, con diferentes variantes por lo que la caracterización anatómica puede optimizarse con ecocardiograma transesofágico (ETE) 3D.

Caso clínico

Paciente masculino de 80 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2, sin historia cardiovascular previa, que inicia con cuadro de dolor torácico. A la exploración física se encuentra soplo expulsivo en foco aórtico. Se realiza ETT en el cual se encuentra VI de geometría y diámetros normales, remodelación concéntrica severa, sin alteraciones en la contractilidad, FEVI de 60% por Simpson modificado, válvula mitral con sugestiva de ruptura de cuerdas tendinosas, que condicionan insuficiencia mitral leve, PSP 35 mmHg, dilatación moderada de aurícula izquierda, destacando además la presencia de gradiente fijo subaórtico de 80 mm Hg, con pico tardío, que sugiere obstrucción subvalvular. Debido a que se sospecha cardiopatía isquémica se realiza ecocardiograma con estrés dobutamina, el cual es positivo para isquemia miocárdica en pared posterior y lateral, así mismo a dosis máximas el gradiente a nivel de TSVI se incrementa a 114 mmHg. ETE, se observan cuerdas tendinosas íntegras, sin embargo con una imagen lineal, móvil, elongada que se proyecta del aparato subvalvular de valva anterior hacia el tracto de salida del ventrículo izquierdo, lo cual condiciona flujo turbulento y el gradiente intraventricular descrito, catalogándose como tejido mitral accesorio obstructivo. El paciente espera realización de cateterismo cardíaco para posterior discusión de caso en sesión médico quirúrgica.



a. Imagen de ETE de insuficiencia mitral.

a. Fenómeno de aceleración a nivel de TSVI

a. Imagen de tejido que se proyecta hacia el TSVI y condiciona obstrucción

Discusión

El tejido valvular mitral accesorio es una anomalía congénita cardíaca rara. Su incidencia en adultos es de 1 por 26,000 ecocardiogramas. Prifti et. al. ha clasificado al tejido mitral accesorio en: Tipo I-fijo (A- nodular, B- membranoso), tipo II- móvil (A- pedunculado, B- parecido a valva). Tipo IIB dividido en 1) cuerda rudimentaria y 2) cuerda desarrollada. En este caso se trata de un tipo II-B¹. el tipo móvil es parecido a una valva en paracaídas y puede dirigirse al tracto de salida del VI y causar obstrucción del flujo de salida. Este tipo de tejido es displásico². Se han descrito seis sitios de inserción de este tejido: la pared del VI, el septum interventricular, un músculo papilar accesorio, el músculo papilar anterolateral, la valva mitral anterior y la cuerda tendinosa de la valva mitral anterior. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son intolerancia al ejercicio, dolor precordial, síncope, taquicardia, insuficiencia cardíaca, usualmente por obstrucción del TSVI. Tratamiento definitivo, lo recomendado es realizar reparación valvular, removiendo el tejido valvular³.



d. Imagen de ETR3D observando desde el lado arterial de Ao en sistole (flecha roja) observado el tejido que se proyecta hacia el TSVI (flecha azul)



e. Imagen de ERT3D en el que se observa el tejido proyectándose al septum interventricular en sistole

Conclusión

El tejido mitral accesorio es una rara causa de obstrucción del tracto de salida del VI. Es una cardiopatía congénita asociada a otras alteraciones como defectos del septum interventricular y transposición de grandes arterias, sin embargo en ocasiones se encuentra aislada, y se encuentran algunos casos aislados reportados en adultos. En este caso en particular en el ETT se considera el diagnóstico de cuerda tendinosa rota y con el ETE3D se concluye el diagnóstico de tejido mitral accesorio obstructivo tipo IIB, considerando las características anatómicas y el movimiento de esta estructura durante el ciclo cardíaco y en ocasiones las cuerdas tendíneas rotas se pueden proyectar en sistole a la aurícula izquierda, siguiendo siempre el movimiento valvular.

Bibliografía

1. Panduranga P, Al-Mukhaini M. isolated non-obstructive accessory mitral valve tissue in an adult mimicking rupture chordae. Indian Heart Journal 2013; 65: 334-336.
2. Yoshimura N, Yamaguchi M, Oshima Y, et al. clinical and pathological features of accessory valve tissue. Ann Thorac Surg 2000; 69:1205-8.
3. González I, García R, Mojena G, Sainz B, et al. obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo por tejido mitral accesorio. Revisión del tema a propósito de un caso. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc. 2011; 17 (3):284-89