



Presentacion de caso

Estenosis mitral de origen reumático con disnea, palpitaciones y asma bronquial referida. Presentación de un caso

Mitral stenosis of rheumatic origin with dyspnea, palpitations and referred bronchial asthma. Case presentation

Est. Carlos Adrián Miguel Hernández ¹ <https://orcid.org/0000-0001-8922-4366>

Est. Ailemys Rodríguez Castro ¹ <https://orcid.org/0000-0002-0153-7542>

Est. Daniel Alberto Pérez Fleites ¹ <https://orcid.org/0000-0003-1026-8564>

¹ Universidad de Ciencias Medicas de Matanzas. Hospital General Docente "Dr. Mario Muñoz Monroy". Colón. Matanzas. Cuba

***Autor para correspondencia:** carlosadrianmiguelhernandez@gmail.com

Recibido: 10 de mayo de 2020

Aceptado: 16 de abril de 2021

RESUMEN

La estenosis mitral es una cardiopatía valvular caracterizada por el estrechamiento anormal del orificio valvular mitral. Fisiopatológicamente el aumento de la fuerza para vencer la válvula estenótica puede agrandar la aurícula izquierda. Este agrandamiento favorece la aparición de la fibrilación auricular y la formación de trombos. La repercusión retrógrada hacia la circulación pulmonar trae alteraciones, síntomas y signos del aparato respiratorio. Se presenta paciente femenina de 59 años con diagnóstico de asma bronquial de 30 años de evolución, que acude por empeoramiento del cuadro disneico y palpitaciones de más de un mes de evolución, a través del examen físico y la constatación de resultados con los estudios imagenológicos, como parte del método clínico, se diagnosticó una estenosis mitral severa de etiología reumática con presencia de trombo intraauricular. La paciente recibió tratamiento de urgencia, en el ingreso evolucionó satisfactoriamente y se refirió al nivel terciario de forma ambulatoria para mejor estudio y tratamiento quirúrgico. Se presenta el caso por la importancia de la prevención de las enfermedades reumáticas y por la necesidad de tener en cuenta y actuar en consecuencia, posibilidad de manifestaciones respiratorias como evidencia de trastornos cardiovasculares entre ellos los valvulares y la estenosis mitral en particular.



Palabras clave: valvulopatía, estenosis mitral, fiebre reumática, pseudoasma cardiaco, trombo intracavitario, hipertensión pulmonar, método clínico.

ABSTRACT

Mitral stenosis is a valvular heart disease characterized by abnormal narrowing of the mitral valve orifice. Physiopathologically, increased force to overcome the stenotic valve can enlarge the left atrium. This enlargement favors the appearance of atrial fibrillation and the formation of thrombi. The retrograde repercussion towards the pulmonary circulation brings alterations, symptoms and signs of the respiratory system. A 59-year-old female patient is presented with a diagnosis of bronchial asthma of 30 years of evolution, who comes for worsening of the dyspnoea and palpitations of more than a month of evolution, through physical examination and the verification of results with imaging studies. As part of the clinical method, a severe mitral stenosis of rheumatic etiology with the presence of intra-atrial thrombus was diagnosed. The patient received emergency treatment, progressed satisfactorily on admission and was referred to the tertiary level on an outpatient basis for better study and surgical treatment. The case is presented due to the importance of the prevention of rheumatic diseases and the need to take into account and act accordingly, the possibility of respiratory manifestations as evidence of cardiovascular disorders, including valve disorders and mitral stenosis in particular.

Key words: valve disease, mitral stenosis, rheumatic fever, cardiac pseudoasma, intracavitary thrombus, pulmonary hypertension, clinical method.

INTRODUCCIÓN

La causa predominante de la Estenosis Mitral (EM) es la fiebre reumática, ⁽¹⁾ de manera que hay cambios reumáticos en el 99% de las válvulas mitrales estenosadas extirpadas en el momento de la sustitución de la válvula mitral (VM). Alrededor del 25% de todos los pacientes con una cardiopatía reumática tienen una EM aislada y en torno al 40% una EM e Insuficiencia mitral (IMi) combinadas. Se observa una afectación multivalvular en el 38% de los pacientes con EM, con una afectación de la válvula aórtica en alrededor del 35% y de la válvula tricúspide en alrededor del 6%. Dos tercios de todos los pacientes con EM reumática son mujeres. El intervalo entre el primer episodio de fiebre reumática y las manifestaciones clínicas de la obstrucción de la VM es variable, desde algunos años a más de 20 años. ⁽²⁾

En Cuba la mortalidad por enfermedades reumáticas crónicas del corazón fue de solo 129 defunciones en 2018 y 114 en 2019. ⁽³⁾



El aumento del tamaño de la aurícula izquierda y la estasis de sangre se asocia a un mayor riesgo de formación de trombos y embolia sistémica. La complicación más frecuente de la EM es la Fibrilación Auricular (FA).⁽⁴⁾ La prevalencia de FA en los pacientes con EM se relaciona con la gravedad de la obstrucción valvular y la edad del paciente.

En la series históricas, la FA estaba presente en el 17% de los que tenían 21 a 30 años, el 45% de los que tenían 31 a 40 años, el 60% de los que tenían 41 a 50 años y el 80% de los que tenían más de 51 años. Incluso cuando la EM es grave, la prevalencia de FA se relaciona con la edad. Esta FA es la causante de embolias en muchos de los casos.

El pseudoasma es causado por la presión retrógrada que se crea en el atrio izquierdo, venciendo la fuerza hidrostática a la oncótica en la circulación pulmonar. Se trasuda líquido y comprime externamente al bronquiolo, por lo que se presenta disnea y sibilancias a la auscultación. Si este trasudado llega al alveolo, se conoce como edema agudo del pulmón (EAP). Por lo que se plantea que el EAP es una fase superior del pseudoasma, no una complicación del mismo.

Los síntomas más característicos del asma bronquial son la disnea o dificultad respiratoria de intensidad y duración variable y con la presencia de espasmos bronquiales, habitualmente acompañados de tos, secreciones mucosas y respiración sibilante. También se caracteriza por la rigidez torácica en el paciente y su respiración sibilante. En algunos pacientes estos síntomas persisten a un nivel bajo, mientras que en otros, los síntomas pueden ser severos y durar varios días o semanas. Bajo condiciones más graves, las funciones ventilatorias pulmonares pueden verse alteradas y causar cianosis e incluso la muerte.⁽⁵⁾

En el caso de las EM los episodios iniciales de disnea suelen desencadenarse por situaciones clínicas que aumentan el flujo a través del orificio mitral y elevan aún más la presión en la aurícula izquierda. El ataque intenso de asma cardíaco es impresionante: el enfermo es frecuente que durante la noche, ya dormido o en vías de conciliar el sueño, despierta con disnea intensa y estado angustioso, se incorpora en su lecho y se agarra fuertemente del borde o de los barrotes de su cama, con objeto de utilizar los músculos accesorios de la respiración.⁽⁶⁾

La frecuencia de la respiración aumenta y aunque casi siempre sea silenciosa, en ocasiones es ruidosa a distancia, como en el asma bronquial. La expresión del enfermo es de acentuada angustia, con los ojos abiertos y exorbitados, la cara pálida, grisácea o cianótica, sudorosa y fría. Es frecuente que presente tos, poco intensa, seca o con escasa expectoración viscosa, en ocasiones sanguinolenta.⁽⁶⁾



Se debe siempre explorar la dolencia, evaluando la dimensión humana de la experiencia de la enfermedad, su nivel de aceptación y adaptación a ello por parte del paciente, así como las ideas, vivencias y sentimientos de este respecto del problema y la enfermedad. Urge comprender integralmente a la persona en su contexto familiar social y biográfico. Encontrar un campo común en relación con el manejo del problema por parte del médico y el paciente es de vital importancia así como incorporar la promoción de la salud y la prevención reforzando la relación médico paciente. ⁽⁷⁾

Los autores motivados por la importancia del correcto diagnóstico y diagnóstico diferencial entre entidades bronquiales y trastornos cardiovasculares como el presentado, enfocan especialmente la comunicación a la necesidad de la correcta evaluación a través del método clínico, de los pacientes en los diferentes escenarios de actuación de los médicos para conducir la atención de los mismos en el sistema nacional de salud.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Motivo de ingreso: palpitaciones y falta de aire

Historia de la enfermedad actual: paciente femenina de filiación ancestral caucásica de 59 años de edad con antecedentes patológicos personales de "asma bronquial" según refiere la paciente diagnosticada a los 30 años de edad, así como fiebre reumática en la infancia es traída al cuerpo de guardia por presentar falta de aire, decaimiento y palpitaciones de hace aproximadamente un mes y medio de duración.

Permanece en esta situación hasta los 59 años. En esta ocasión después de varios días comienza a presentar palpitaciones y acude al hospital, se constata taquiarritmia y al realizarse un electrocardiograma se constata trazado patológico.

Conducta en cuerpo de guardia: Previo examen físico se le realiza electrocardiograma donde se constata ausencia de ondas P en todas las derivaciones, intervalos R-R irregulares y frecuencia cardiaca elevada, se diagnóstica: fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida. Fig. 1. Se controla la frecuencia cardiaca y se decide el ingreso para mejor estudio y tratamiento del caso.

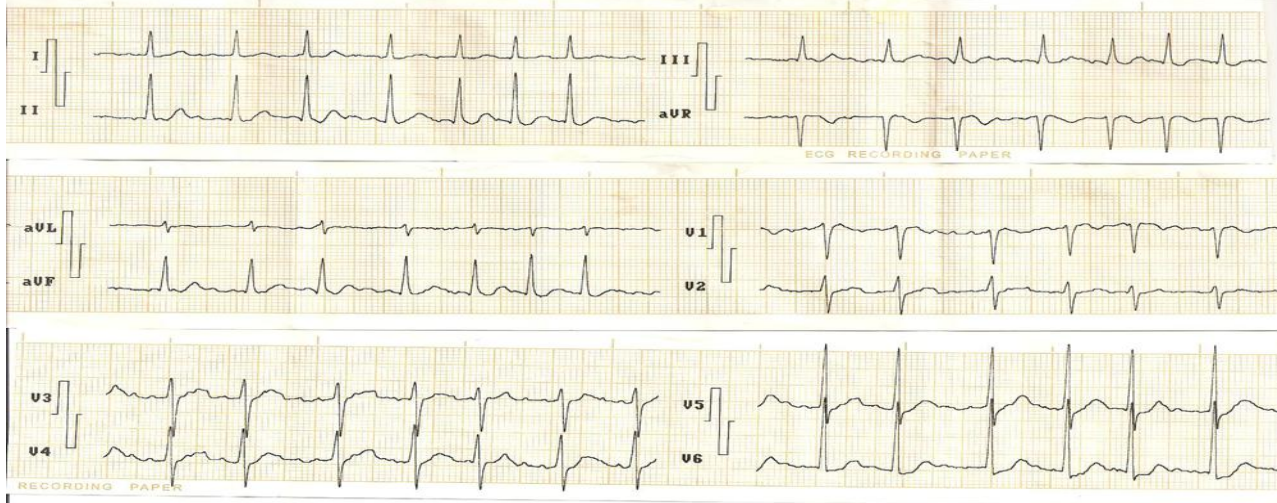


Fig. 1 Electrocardiograma realizado al momento del ingreso

Examen físico:

Aparato respiratorio. Auscultación: MV ligeramente disminuido globalmente y se auscultan estertores sibilantes.

Aparato cardiovascular. Auscultación: ruidos cardíacos taquiarrítmicos, bien golpeados. 1er y 2do ruidos normales. Arrastre diastólico en foco mitral III/VI.

FC: 130 lpm

TA: 130/80 mmHg

Complementarios:

Hb: 110 g/L
99mmol/L

Eritrosedimentación: 30mm/H

Creatinina:

Ácido Úrico: 292 mmol/L

Glicemia: 4.8 mmol/L

Rayos X de tórax: Configuración mitral de la silueta cardiaca con ausencia del botón aórtico y abombamiento del arco medio. (Fig. 2)



Fig. 2 Rayos X de Tórax AP



Ecocardiograma:

Dilatación marcada de la aurícula izquierda: 57mm AAI: 41.93cm²

Función sistólica global del ventrículo izquierdo: conservada en reposo

Engrosamiento y calcificación del aparato valvular mitral, con apertura en domo de la valva anterior

GP: 31mm/Hg
0.75cm²

GM: 17mm/Hg

AVMi por planimetría:

Diástoles variables

Ausencia de onda A en flujo mitral

TAPSE: 21mm

CFP tipo I con tiempo de aceleración pulmonar 122 mseg.

En el fondo de aurícula izquierda se visualiza una imagen redondeada de bordes bien definidos, inmóvil, de $\pm 38 \times 33$ mm y un área aproximada de 12.11cm², compatible con imagen de trombo intracavitario.

No derrame pericárdico

VCI: 25mm y colapsa menor al 50% en inspiración para una PAD estimada entre 5 y 10 mmHg correspondiente con una hipertensión pulmonar moderada.

Conclusiones del eco:

Estenosis mitral severa (etiología reumática)

Remodelado de aurícula izquierda con presencia de trombo intracavitario.
(Fig. 3)

Signos de hipertensión pulmonar moderada



Fig. 3 Ecocardiograma transtorácico vista 4 cámaras

DISCUSIÓN DEL CASO

En los pacientes con estenosis mitral, la supervivencia disminuye tras la aparición de los síntomas y empeora con grados crecientes de limitación funcional y a medida que aumenta la hipertensión pulmonar. Los hallazgos en la exploración física varían con la cronicidad de la enfermedad, la frecuencia cardíaca, el ritmo y el gasto cardíaco.

En este caso el padecimiento de una fiebre reumática en la infancia fue el causante de la patología que derivó en complicaciones mayores. Esta paciente acudió a consulta a la edad de 30 años con disnea que se acrecentaba al esfuerzo y al examen físico se constataron estertores sibilantes, en aquel momento se diagnosticó como asma bronquial. Durante prácticamente treinta años, esta paciente recibió una atención que si bien aliviaba sus síntomas no se dirigía a la causa que los originaba. Las crisis no eran recurrentes, sino mantenidas en el tiempo, lo que no coincide del todo con la patología bronquial sospechada. Requirió atención médica en innumerables ocasiones.

Entre los principales síntomas de la EM se encuentra la dificultad para respirar, fatiga, edema de miembros inferiores, palpitaciones, mareos o desmayos, hemoptisis y dolor retrosternal. El soplo es diastólico en el foco mitral a la auscultación, lo que no es lo más clásico y se requiere de una gran destreza para detectarlo.

Se debe hacer diagnóstico diferencial con un neumotórax por la falta de aire, pero al ser súbita y en la paciente es crónica, con más de 30 años de evolución queda descartado. Se pudiera pensar en un edema agudo del



pulmón, pero queda descartado por el carácter crónico de la disnea, y la no presencia de crepitantes en marea montante. El médico debe tener la pericia de diferenciarlo del asma bronquial por la presencia de sibilantes, aunque la auscultación cardiovascular será la manera clínica de diferenciarlos.

Se debe tener precaución en los diagnósticos a edades avanzadas de asma bronquial (no todo lo que silba es asma)

El electrocardiograma junto al rayos X de tórax AP y el Ecocardiograma transtorácico nos arrojaron el diagnóstico de certeza del caso en cuestión.

Es esencial que exista una relación cordial entre el paciente y el médico encargado de su atención para que pueda aplicarse eficazmente el método clínico durante la práctica médica asistencial. Se debe realizar un interrogatorio lógico, junto a un examen físico minucioso y para llegar al diagnóstico correcto según enuncia el método clínico usando el razonamiento lógico al integrar los conocimientos adquiridos.⁽⁷⁾

En cuanto a la reparación de la válvula mitral está indicada en los pacientes con estenosis mitral sintomática moderada o grave cuando no es posible la valvulotomía mitral con balón percutánea. La reparación de la válvula mitral puede considerarse en pacientes asintomáticos que experimentan episodios embólicos recurrentes a pesar de una anticoagulación adecuada. La sustitución de la válvula mitral es una opción cuando la reparación no es factible,⁽⁸⁾ como el caso de referencia que está pendiente de este tratamiento.

CONCLUSIONES

Es necesario realizar una correcta aplicación del método clínico. Considerar los antecedentes, el examen físico cuidadoso, la elaboración de hipótesis diagnósticas y su contrastación por exámenes complementarios de diferente naturaleza, racional y cuidadosamente indicados, favorecen un diagnóstico temprano y pertinente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chambers JB, Bridgewater B. Epidemiology of valvular heart disease. In Otto CM, Bonow RO, editors: Valvular Heart Disease: A Companion to Braunwald's Heart Disease, 4th ed. [en línea], Philadelphia, 2013, Saunders, pp 1-13. [Citado 12 feb 2021] Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/valvular-heart-disease-a-companion-to-braunwalds-heart-disease/otto/978-0-323-54633-1>
2. Essop MR, Nkomo VT. Rheumatic and nonrheumatic valvular heart disease: epidemiology, management, and prevention in Africa. Circulation. [en línea] 2005 Dec 6;112(23):3584-91. doi:



- 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.539775. PMID: 16330700. [Citado 12 feb 2021] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16330700/>
3. Alonso Alomá I, Sánchez Sordo E, Martínez Morales M A, López Nistal L B, Alonso Expósito I, Bess Constantén S, et al Anuario Estadístico de Salud [en línea], La Habana 2020 p. 71 [Citado 12 feb 2021] Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf>
4. Lung B, Vahanian A: Rheumatic mitral valve disease. In Otto CM, Bonow RO, editors: Valvular Heart Disease: A Companion to Braunwald's Heart Disease, 4th ed., Philadelphia, 2013, Saunders, pp 255-277. [Citado 12 feb 2021] <https://www.elsevier.com/books/valvular-heart-disease-a-companion-to-braunwalds-heart-disease/otto/978-0-323-54633-1>
- 5 E. D. Bateman, S. S. Hurd, P. J. Barnes, J. Bousquet, J. M. Drazen, M. FitzGerald, P. Gibson, K. Ohta, P. O'Byrne, S. Pedersen, E. Pizzichini, S. D. Sullivan, S. E. Wenzel, H. J. Zar. European. Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary. [en línea] Respiratory Journal Jan 2008, 31 (1) 143-178; DOI: 10.1183/09031936.00138707. [Citado 12 feb 2021]. Disponible en: <https://erj.ersjournals.com/content/31/1/143>
6. Llanio Navarro R, Perdomo González G. Propedéutica Clínica y Semiología Médica. Tomo 1. La Habana; 2003 p. 515-16 [Citado 12 feb 2021] Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/propedeutica-clinica-y-semiologia-medica-tomo-i/>
7. Cruz Hernández J, Hernández García P, Marcel Enrique A, Dueñas Gobel N, Salvato Dueñas A. Importancia del Método Clínico. Rev Cubana Salud Pública [en línea]. 2012 Sep [Citado 12 feb 2021]; 38(3): 422-437 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662012000300009
8. Maron BJ, Araújo CG, Thompson PD, Fletcher GF, de Luna AB, Fleg JL, Pelliccia A, Balady GJ, Furlanello F, Van Camp SP, et al. Recommendations for preparticipation screening and the assessment of cardiovascular disease in masters athletes: an advisory for healthcare professionals from the working groups of the World Heart Federation, the International Federation of Sports Medicine, and the American Heart Association Committee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention. Circulation. [en línea] 2001 Jan 16 [Citado 12 feb 2021]; 103(2): 327-34. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11208698/>

AGRADECIMIENTOS:

Los autores agradecen a la Dra. Leisy Suárez Vázquez por su participación como colaboradora en la realización del presente artículo.