

53. Resección de válvula mitral normofuncionante para alivio de estenosis subvalvular aórtica residual. Un recurso a tener en cuenta y utilidad del ETE intraoperatorio

Gerardo Soca¹

Victor Dayan¹

León Muñoz¹

Enrique Dominguez¹

¹Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca

Resumen

Historia clínica: mujer, 35 años, hipertensa. Tabaquista intensa. IMC 32. Dislipemia. **Enfermedad actual:** disnea de esfuerzo CFNYHA III y angor grado III de 12 meses de evolución. Consulta por síntomas invalidantes. **Examen físico:** obesa, piel y mucosas normocoloreadas. Cuello normal. Tolera decúbito. Pleuropulmonar y abdominal normal. CV: Ritmo regular 80 cpm. R1 normal. R2 aórtico disminuido. Soplo eyectivo, protomesosistólico 4/6. Pulsos normales.

Pruebas complementarias: ECG y radiografía de tórax normales. ETT: estenosis aórtica severa. Imagen de rolete subvalvular. ETE: FEVI 65%. DDVI normal. HVI moderada. Válvula aórtica tricúspide. Apertura normal. Membrana subvalvular aórtica de 10 mm de espesor, desde SIV basal hacia valva mayor mitral. Gradiente máximo de 90 mmHg (estenosis subvalvular aórtica severa). CACG: Sin lesiones coronarias.

Evolución clínica: tratamiento: cirugía planteada: resección de membrana subaórtica a través de válvula aórtica con ETE intraoperatorio. Esternotomía total. Severa HVI. CEC. Aortotomía transversa. Retracción cuidadosa de válvula aórtica normal. Se reseca membrana subvalvular circumferencial de 6 mm de espesor. Clampeo aórtico: 29 min. Salida de CEC sin dificultades. ETE pos CEC con cavidades llenas y frecuencia cardiaca 60 cpm: Obstrucción subvalvular dinámica severa (88 mmHg), medio ventricular. Reevaluando el mecanismo, el músculo papilar anterolateral impresiona hipertrófico. Válvulas normofuncionantes. Reentrada en CEC. Atriotoromía izquierda. Resección de valva anterior mitral y músculo papilar anterolateral hipertrófico y sus cuerdas tendinosas. Sustitución valvular mitral por prótesis mecánica 27 mm. Tiempo de clampeo: 52 minutos. ETE pos CEC: gradiente máximo obtenido: 25 mmHg.

Evolución clínica: POCC sin complicaciones. Alta a domicilio al séptimo día. Asintomática desde el alta (180 días de seguimiento POCC). Anatomía patológica normal. ETT postoperatorio: Prótesis

normofuncionante. Resto normal. ETT de hija de 11 años normal. Pendiente estudio genético de MH.

Discusión: el conocimiento de la fisiología del tracto de salida del VI (TSVI) permitió comprender la situación intraoperatoria particular de esta paciente de 35 años, que requirió improvisar la resección de válvula mitral normofuncionante para resecar casi completamente un músculo papilar hipertrófico. Con este recurso se logró eliminar casi totalmente la obstrucción del TSVI y los síntomas invalidantes de la paciente que actualmente permanece asintomática. Queda demostrada además, la importancia del ETE intraoperatorio rutinario en la cirugía valvular cardíaca.