



6019-63. IMPLICACIÓN DE LA GEOMETRÍA MITRAL EN PACIENTES CON PROLAPSO VALVULAR MITRAL CLÁSICO Y NO CLÁSICO

Javier Cuesta Cuesta, Jorge Solís Martín, Leticia Fernández-Friera, Candelas Pérez del Villar Moro, José Antonio García-Robles, Javier Bermejo Thomas, Francisco Fernández-Avilés y Ronen Dust del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), Madrid y Massachusetts General Hospital, Boston (Massachusetts).

Resumen

Introducción: El prolapso de válvula mitral (PVM) se diagnostica mediante ecocardiografía convencional, observándose un desplazamiento del velo valvular hacia la aurícula izquierda = 2 mm. Convencionalmente, se dividen en PVM clásico (grosor de los velos = 5 mm) y no clásico (grosor de los velos < 5 mm). Sin embargo, no está establecido si esta clasificación se correlaciona con la severidad de la insuficiencia mitral (IM), lo que podría establecer cambios en la actitud clínica.

Objetivos: Determinar la implicación clínica de la geométrica de la válvula mitral en los pacientes con prolapso valvular mitral.

Métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo y observacional en el que se incluyeron pacientes remitidos al laboratorio de ecocardiografía con el diagnóstico de PVM. Mediante ecocardiografía convencional 2D se analizó el desplazamiento máximo del velo prolapsado, el área de prolapso, longitud y engrosamiento de los velos y diámetro del anillo mitral. La graduación de la IM se realizó de acuerdo a los criterios de la SEC. Se dividió la IM en grupo I si el grado de severidad era III-IV y en grupo II si el grado de severidad era I-II.

Resultados: Se incluyeron un total de 142 PVM consecutivos, de los que el 63% eran PVM clásico y el 71,8% presentaba IM (PVM clásico: 72,5%, PVM no clásico: 27,5%, $p < 0,001$). De los pacientes con PVM clásico, el 62,5% eran varones, con una edad media de $61,2 \pm 15,9$ años, sin diferencias significativas con PVM no clásico. El grado de severidad de la IM fue mayor en el grupo con PVM clásico con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Entre los pacientes con PVM clásico observamos mayor desplazamiento del velo prolapsado (PVM clásico: 6 ± 3 mm, PVM no clásico: 4 ± 2 mm, $p < 0,01$), mayor área de prolapso (PVM clásico: $0,6 \pm 0,4$ cm², PVM no clásico: $0,3 \pm 0,2$ cm², $p < 0,007$), mayor longitud del velo anterior (PVM clásico: 34 ± 4 mm, PVM no clásico: 29 ± 8 mm, $p < 0,004$) y mayor longitud del velo posterior (PVM clásico: 22 ± 5 mm, PVM no clásico: 16 ± 5 , $p < 0,0001$).

Conclusiones: Los pacientes con PVM clásico presentan una mayor desestructuración anatómica, una geometría mitral más desfavorable, lo que condiciona mayor incidencia de insuficiencia mitral y mayor severidad. La distinción entre la forma clásica y no clásica, por tanto es clínicamente relevante y debería ser considerada a la hora de definir los protocolos de seguimiento de los pacientes con PVM.