



The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a knight on horseback, holding a lance and a shield, standing between two large, draped figures. Above the knight is a crown with a cross on top. To the left is a castle tower, and to the right is a lion rampant. The entire scene is set within a circular border containing the Latin motto: "CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER CAETERAS UNIVERSITATES AMERICANA".

**FRECUENCIA DEL SINDROME DEL PROLAPSO DE LA VALVULA
MITRAL EN EL ORIENTE DE GUATEMALA DE PACIENTES
VISTOS EN EL DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGIA DEL
HOSPITAL DE ZACAPA (1/10/83 AL 1/6/85)**

JORGE ALEJANDRO ERAZO GUERRA

INDICE

1. *INTRODUCCION*
2. *DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA*
3. *REVISION BIBLIOGRAFICA*
4. *MATERIAL Y METODOS*
5. *PRESENTACION DE RESULTADOS*
6. *ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS*
7. *CONCLUSIONES*
8. *RESUMEN*
9. *REFERENCIAS*
10. *APENDICE*

INTRODUCCION

El prolapso de la válvula mitral, conocido también como: Síndrome de Barlow, síndrome del chasquido y soplo mesosistólicos, síndrome de la protrusión de la válvula mitral, síndrome del abombamiento de la válvula mitral, síndrome de la válvula flotante y síndrome de la válvula redundante.

Como problema cardiológico específico del aparato valvular mitral, es un trastorno raro y oscuro, descubierto hace solo dos décadas y que ha sido objeto de intensivos estudios durante la última década, hasta modificar notablemente los conocimientos a cerca de su etiología, fisiopatología características clínicas y pronóstico.

Contando con la valiosa ayuda de los adelantos de la tecnología avanzada de la ecocardiografía bidimensional y de la cineangiografía, lo cual vino a confirmar por completo el diagnóstico de dicho síndrome.

Definido como un complejo auscultatorio caracterizado por la asociación de un "Clic" mesosistólico y un soplo sistólico tardío con la insuficiencia mitral resultante de prolapso o hernia de las hojas de la válvula mitral penetrando en la aurícula izquierda durante la sístole.

Partiendo que dicho síndrome es aún virgen con respecto a estudios efectuados en Guatemala, el presente trabajo está destinado a demostrar su frecuencia real de presentación en el oriente de Guatemala, de los pacientes que consultaron al departamento de cardiología del hospital de Zacapa.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

El presente trabajo es un estudio retrospectivo en el cual se hace un enfoque sobre la entidad patológica del síndrome del prolapso de la válvula mitral, problema que en los últimos años se le ha dedicado un estudio especial debido a los avances con que se cuentan en el campo de la tecnología. El prolapso de la válvula mitral es un trastorno raro y benigno que afecta la válvula mitral en personas jóvenes que oscilan entre la segunda y cuarta década de la vida con una afección mayor en el sexo femenino.

El prolapso de la válvula mitral si se descubre en etapa temprana de la evolución de la enfermedad y si se instituye un tratamiento adecuado se evitan las complicaciones que ponen en peligro la vida de quienes lo padecen.

En Guatemala y aún en Centroamérica no se cuenta con estudios que nos indiquen la frecuencia real de éste problema. El presente estudio está destinado a determinar la frecuencia del síndrome del prolapso de la válvula mitral en el oriente de Guatemala, específicamente en los departamentos de Zacapa, Chiquimula y Puerto Barrios, de todos los pacientes que consultaron al departamento de cardiología del hospital de Zacapa.

PROLAPSO DE LA VALVULA MITRAL

El síndrome del prolapso de la válvula mitral, conocido también como síndrome del chasquido y soplo mesosistólicos síndrome de Barlow, síndrome de la protrusión de la válvula mitral, síndrome del abombamiento de las valvas mitrales, síndrome de la válvula flotante y síndrome de la valvula redundante. (1,2,3,7)

Se debe a una alteración del aparato valvular mitral, secundaria a diferentes mecanismos patológicos. El síndrome del prolapso de la valvula mitral ha resultado ser una de las anomalías valvulares más frecuentes que afecta entre el 5 y 10 por ciento de la población general. (1,2)

Definido como el complejo auscultatorio caracterizado por la asociación de un chasquido o "Clic" mesosistólicos, sin las características del chasquido de eyección y un soplo telesistólico o de un chasquido mesosistólico y un soplo sistólico tardío, resultante de prolapso o hernia de las hojuelas de la válvula penetrando en la aurícula izquierda durante la sístole. (3,7,8).

Los chasquidos o clics mesosistólicos fueron descritos por primera vez por Cuffer y Barbillon en 1887. Gallavardin en 1932 publicó un grupo de enfermos con "Clics" sistólicos, describiendo su variación posicional y con el esfuerzo, y con la aparición intermitente de un soplo telesistólico, atribuyendo estos signos auscultatorios a las adherencias pericárdicas que encontró en la autopsia.

Paul Wood, observando su asociación con carditis reumáticas sospechó que pudieran tener su origen en la válvula mitral.

Nuestro concepto actual parte del estudio de Reid y colaboradores, confirmaron y asociaron el chasquido sistólico y el soplo telesistólico, con la degeneración mixomatosa de la válvula.

Barlow y colaboradores, confirmaron la presencia de la insuficiencia mitral en los pacientes con estos hallazgos auscultatorios.

Posteriormente Ronan y colaboradores, demostraron mediante la fonocardiografía intracavitaria que el chasquido y el soplo se originan en el aparato mitral, en tanto que Criley y colaboradores, confirmaron la relación existente entre el prolapso de la válvula y el Clic sistólico.

La primera descripción de Barlow sobre la asociación del prolapso con el síndrome típico, el dolor precordial, los hallazgos auscultatorios y el EKG característico, cambio por completo nuestra visión sobre esta anomalía que de una simple curiosidad con significado confuso, ha pasado a ser una de las alteraciones patológicas principales de la válvula mitral. (7,8).

CLASIFICACION ETIOLOGICA

1. Prolapso Primario de la Válvula:

La degeneración mixomatosa de las hojuelas de la mitral constituye el defecto básico, caracterizado histológicamente por pérdida de la arquitectura valvular normal, substituida por tejido mixomatoso laxo, rico en mucopolisacaridos acidos.

La pérdida del tejido normal colageno denso de sostén, permite el estiramiento de las cúspides durante la sístole, el resultado es la adopción de forma esférica por un segmento o por toda la superficie de las hojuelas, penetrando en la aurícula izquierda. (2,5,6).

2. Prolapso Secundario de la Válvula:

Las hojuelas de la válvula mitral, macroscópicamente e histológicamente son normales, pero la disfunción de la válvula mitral impide su cierre adecuado. La isquemia, el infarto o la fibrosis de los músculos papilares o del miocardio vecino originan el prolapso de las hojuelas de la válvula mitral.

La cardiopatía coronariana oclusiva, o el espasmo coronario provocan desórdenes asimétricos de contracción del ventrículo izquierdo, lo cual origina el prolapso de la válvula mitral. (1,8).

El prolapso de la válvula mitral tiende a transmitirse por vía hereditaria como tendencia autosómica dominante.

En la gran mayoría de los pacientes, la proliferación mixomatosa de la válvula es idiopática pero en otros ocurre en presencia de algunos trastornos del tejido conectivo que incluyen: El síndrome de Marfán, el síndrome de Ehlers Danlos la osteogénesis imperfecta, el Pseudo-xantoma Elástico, la Periarteritis Nudosa, la distrofia miotónica, la Distrofia muscular de Duchenne, las miocardiopatías, la cardiopatía isquémica, así como malformaciones congénitas del tipo de la malformación de Ebstein de la válvula tricúspide, de la comunicación interauricular del tipo canal auriculoventricular así como el síndrome de Hol Oram.

Con gran frecuencia se observan pacientes con el síndrome del prolapso de la válvula mitral asociados a anomalías congénitas del tórax, que incluyen la espalda recta, el pectus carinatum, el pectus excavatum u otras deformidades de la caja torácica (2,8,12).

DIAGNOSTICO CLINICO

El síndrome del prolapso de la válvula mitral se ha descrito en ambos sexos y en pacientes de todas las edades. No se disponen de datos epidemiológicos acerca del predominio exacto de esta alteración. Se observa de preferencia en las mujeres jóvenes entre la segunda y cuarta década. (2,8,12)

Un estudio realizado en un campus universitario comprobó que el 21 por ciento de las mujeres presentaban un prolapso de la mitral y en el 17 por ciento existía un chasquido o un soplo telesistólico precedido por un chasquido. Otros estudios realizados en personas de ambos sexos con edades comprendidas entre los 17 y 39 años encontraron una incidencia del 6 por ciento en mujeres y un 0.5 por ciento en los varones. (8).

El prolapso de la válvula mitral puede presentarse como un síndrome clínico caracterizado por dolor precordial, palpitations, disnea, fatiga o síncope. Además como una anomalía anatómica reconocida en el ecocardiograma. (1,2,8).

EXPLORACION FISICA

La exploración física en pacientes con problema de prolapso de la válvula mitral puede ponerse de manifiesto mediante:

1. Anomalías de la pared torácica.
2. Latido precordial anormal.
3. Asociación de chasquidos y soplos telesistólicos. (8).

El signo más importante es el chasquido sistólico que se produce 0.14 segundos o más después de S1, se ausculta mejor a lo largo del borde esternal izquierdo. La duración del soplo depende del grado de la insuficiencia mitral. En términos generales cuando el soplo se

produce en telesístole, la insuficiencia mitral nunca es grave; por otra parte cuando la insuficiencia mitral es grave el soplo comienza más tempranamente y se vuelve holosistólico.

La intensidad del soplo aumenta con las maniobras que elevan la presión arterial y disminuye con las que reducen la presión. La inhalación de nitrato de amilo reduce el volumen del ventrículo izquierdo y modifica así el soplo. (2,8,11).

ELECTROCARDIOGRAFIA

En pacientes asintomáticos con signos auscultatorios ecocardiográficos de prolapso de la válvula mitral, el electrocardiograma suele estar dentro de límites normales. En algunos pacientes asintomáticos y en muchos pacientes sintomáticos, el EKG muestra típicamente ondas negativas o difásicas, con cambios inespecíficos del segmento ST en las derivaciones II, III, AVF. (2,8,9,10).

ARRITMIAS

En pacientes con el síndrome del prolapso de la válvula mitral se han observado varios cambios electrocardiográficos que van desde extrasístoles auriculares o ventriculares a taquiarritmias supraventriculares y ventriculares, así como bradicardia por disfunción del nodo sinusal o bloqueos auriculoventriculares de varios grados. (2,10).

La taquicardia supraventricular paroxística es la taquiarritmia más común y sostenida en pacientes con el síndrome de prolapso de la válvula mitral; puede deberse a la elevada frecuencia de conexiones auriculoventriculares anómalas que existen en esta condición. (2,8,9,10).

ECOCARDIOGRAFIA

El ecocardiograma constituye el método relativamente preciso, incruento y atraumático y uno de los más útiles para identificar este síndrome.

El signo ecocardiográfico más común es el movimiento posterior rápido de la válvula posterior o de ambas válvulas de la mitral a mitad de la sístole, lo que en ecocardiografía de modo "M" produce una imagen que se ha comparado con la del signo de interrogación rotado unos 90 grados en sentido horario.

El segundo signo es el prolapso posterior holosistólico de una o ambas valvas, lo que origina una imagen en "U" o en "Hamaca".

Los mejores resultados se obtienen cuando el transductor se coloca en posición perpendicular o apuntando ligeramente hacia arriba a nivel del tercer o cuarto espacio intercostal. El dirigir el transductor hacia la unión de la pared posterior de la aurícula izquierda y del ventrículo izquierdo hace que se visualice mejor la valva posterior. (2,6,8, 11).

ANGIOCARDIOGRAFIA

Para el diagnóstico de prolapso de la válvula mitral es útil la imagen de la ventriculografía izquierda durante la sístole. La mejor proyección para estudiar la valva posterior es la oblicua anterior derecha y para la valva anterior, la oblicua anterior izquierda. Es signo muy útil el visualizar el desplazamiento de la válvula mitral hacia abajo y atrás con relación al punto de unión de las dos valvas con el anillo fibroso.

El prolapso de la mitral casi siempre se produce a mitad de la sístole, momento en que se produce el chasquido, pero en casos graves

el chasquido puede comenzar antes de que se abra la válvula aórtica.

Otras anomalías que pueden observarse en la ventriculografía izquierda incluyen contracciones disminuidas, dilatación y calcificación del anillo mitral. En casos de prolapso de la válvula posterior a nivel de la base del músculo papilar posteromedial puede observarse una indentación debida a tracción anormal sobre el músculo papilar. Cuando están afectados ambos músculos papilares puede haber una indentación anterior y una posterior en la pared del ventrículo izquierdo lo que da a la silueta cardíaca una imagen en reloj de arena. (2,8).

COMPLICACIONES

Se han descrito cuatro complicaciones importantes: 1) Muerte súbita, 2) Endocarditis Bacteriana Sub Aguda, 3) Rotura de cuerdas tendinosas, 4) Aparición de insuficiencia mitral.

Parece lógico pensar que los pacientes que presentan muerte súbita sea debido a que presentan arritmias ventriculares.

Los pacientes con prolapso de la válvula mitral presentan gran tendencia a la endocarditis infecciosa. Se desconoce el valor profiláctico de los antibióticos en estos casos. La rotura de cuerdas tendinosas o la progresión de la insuficiencia mitral constituyen complicaciones relativamente raras. (1,2,8,9).

En un estudio realizado en 62 enfermos con soplo sistólico tardío, 33 de los cuales tenían un chasquido sistólico asociado, se comprobó que solo uno falleció por endocarditis infecciosa. Otro falleció 11 años después de ser diagnosticado, a la edad de 75 años, con aumento de la gravedad de la insuficiencia mitral; en un caso se presentó rotura de las cuerdas tendinosas que obligó a la substitución valvular y en 10 pacientes se observó una ligera progresión de la insuficiencia mitral aunque en ningún caso llegaron a presentar síntomas. (8).

TRATAMIENTO

A los pacientes asintomáticos o los que se quejan solo de palpitaciones, sin ningún signo de arritmias en el EKG o a la auscultación clínica no se le debe alarmar y se les debe asegurar que su pronóstico es favorable, pero es necesario llevar controles periódicos cada 2 o 3 años.

Los pacientes con un soplo sistólico largo pueden evolucionar a insuficiencia mitral, por lo que se les debe examinar más frecuentemente a intervalos de 12 meses.

El empleo de agentes bloqueadores beta adrenérgicos se ha recomendado para dominar el dolor desde 1956. El mecanismo exacto por el cual suprimen el dolor todavía no se ha definido. (1,2,8).

En un estudio controlado de 22 pacientes sintomáticos tratados con propanolol, en dosis de 80 miligramos durante una semana y luego 160 miligramos durante dos semanas se obtuvo alivio notable en 12 de los 19 pacientes; tres enfermos interrumpieron la terapéutica por efectos secundarios. (3,7).

Para algunas arritmias ventriculares el propanolol es el fármaco de elección en pacientes con un intervalo QT largo se puede recurrir al propanolol o a la fenitoina.

En pacientes con síndrome del prolapso de la válvula mitral, con el empleo de aprindina (un fármaco que todavía no está en el mercado de los Estados Unidos de Norteamérica) se ha obtenido notable mejoría en el número de extrasístoles ventriculares y en la frecuencia y duración de la taquicardia ventricular. (2,9).

En pacientes con taquicardia ventricular refractaria al tratamiento médico, se ha recurrido al bloqueo del ganglio estrellado, se-

guido por simpatectomía torácica. (2).

En un estudio realizado con respecto a la endocarditis bacteriana de 93 pacientes con un período de seguimiento de 13 años, quienes presentaban prolapso de la válvula mitral y soplos cardíacos tardíos se demostró que la frecuencia de endocarditis bacteriana fue de 1.8 por ciento al año, por lo que se recomendaba la terapéutica rutinaria con antibióticos profilácticamente para evitar la endocarditis infecciosa. (4,9).

MATERIAL Y METODOS

1. Se incluyen en el estudio el universo total de pacientes que consultaron al departamento de cardiología del hospital de Zacapa, en un periodo de 1 año 8 meses, comprendidos entre el 1/10/83 al 1/6/85. Tiempo que tiene de estar funcionando dicho departamento. Se registro un total de 660 pacientes con problemas cardiovasculares.
2. La obtención de la muestra se hizo de la siguiente forma: Se inició por hacer una revisión de todas las papeletas de los pacientes que estuvieron en control en dicho periodo, luego se clasificaron a los pacientes que presentaron signología y sintomatología sugestiva del problema y fueron citados para un examen físico completo y ser incluidos en el estudio.

Los pacientes seleccionados fueron sometidos a:

- a. Examen físico completo.
 - b. Radiografía simple de tórax.
 - c. Electrocardiograma.
 - d. Ecocardiograma bidimensional.
3. Los instrumentos de medición utilizados en el estudio fueron:
 - a. Estetoscopio
 - b. Electrocardiógrafo.
 - c. Ecocardiografo.
 - d. Boleta de encuesta.

CUADRO No. 1

TOTAL DE PACIENTES CON PROLAPSO DE VALVULA MITRAL

	No.	o/o
MASCULINOS	3	16.67
FEMENINOS	15	83.33
TOTAL	18	100o/o

Fuente: Registros clínicos del hospital de Zacapa.

CUADRO No. 2

LUGAR DE PROCEDENCIA

	No.	o/o
ZACAPA	12	66.67
CHIQUIMULA	6	33.33
TOTAL	18	100o/o

CUADRO No. 3

CLASIFICACION POR EDADES

EDAD	MASCULINO	FEMENINO
0-10		1
11-20		1
21-30		6
31-40		3
41-50	1	2
Mayores de 50	2	2
TOTAL	3	15

Fuente: Registros clínicos del hospital de Zacapa.

CUADRO No. 4

EDAD PROMEDIO	37 AÑOS
---------------	---------

Fuente: Registros clínicos del hospital de Zacapa.

CUADRO No. 5

CLASIFICACION DE ACUERDO A ENTIDADES ASOCIADAS Y ETIOLOGIA

	No. PACIENTES	o/o
IDIOPATICAS	16	88.90
CIA + DLM + PVM	1	5.55
ISQUEMICA	1	5.55
TOTAL	18	100o/o

Fuente: Registros clínicos del hospital de Zacapa.

CUADRO No. 6

PACIENTES QUE PRESENTARON SINTOMATOLOGIA CLASICA

	No. PACIENTES	o/o
DOLOR TORACICO	16	88.90
PALPITACIONES	17	94.50
DISNEA DE ESFUERZO	10	55.55
FATIGA	10	55.55

Fuente: Registros clínicos del hospital de Zacapa.

CUADRO No. 7

CLASIFICACION DE ACUERDO A HALLAZGOS
AUSCULTATORIOS

	No. PACIENTES	o/o
CHASQUIDO MESOSISTOLICO AISLADO	14	77.80
SOPLO HOLOSISTOLICO MITRAL + TERCER RUIDO	2	11.10
CHASQUIDO MESOSISTOLICO + SOPLO TELESISTOLICO	1	5.55
CLINICA DE CIA +DLM+ PVM	1	5.55
TOTAL	18	100o/o

Fuente: Registros clínicos del hospital de Zacapa.

CUADRO No. 8

HALLAZGOS ELECTROCARDIOGRAFICOS

	No.	o/o
NORMAL	11	61.11
ANORMAL	7	38.89
TOTAL	18	100o/o

Fuente: Registros clínicos del hospital de Zacapa.

CUADRO No. 9

HALLAZGOS EN ELECTROCARDIOGRAFIA ANORMAL

TRASTORNOS INESPECIFICOS EN LA REPOLARIZACION EN CARA LATERAL Y DIAFRAGMATICA	2
EXTRASISTOLIAS	2
BLOQUEO DE RAMA DERECHA	2
HIPERTROFIA DE CAVIDADES IZQUIERDAS	1
TOTAL	7

Fuente: Registros clínicos del hospital de Zacapa.

CUADRO No. 10

ECO BIDIMENSIONAL SEGUN VALVA AFECTADA

	No. CASOS
PROLAPSO DE VALVA ANTERIOR	15
PROLAPSO DE VALVA POSTERIOR	1
PROLAPSO DE AMBAS VALVAS	2
TOTAL	18

Fuente: Registros clínicos del hospital de Zacapa.

CUADRO No. 11

TRATAMIENTO

	<i>No. PACIENTES</i>
DIGOXINA + FUROSEMIDA	1
DIGOXINA + FUROSEMIDA + DISOPIRAMIDA	1
DIGOXINA + FUROSEMIDA + AMIODARONA	2
BETABLOQUEADORES	14
TOTAL	18

Fuente: Registros clínicos del hospital de Zacapa.

CUADRO No. 12

**EVOLUCION DE LOS PACIENTES BAJO Tx DE
BETABLOQUEADORES**

	<i>No. PACIENTES</i>
BUENA	11
INSATISFACTORIA	3
TOTAL	14

Fuente: Registros clínicos del hospital de Zacapa.

CUADRO No. 13

PACIENTES QUE HICIERON EBSA*

No.	1 PACIENTE
-----	------------

* (Endocarditis Bacteriana Sub Aguda)

Fuente: Registros clínicos del hospital de Zacapa.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Del total de los 660 pacientes que fueron vistos en el departamento de cardiología del hospital de Zacapa en el periodo del 1/10/83 al 1/6/85, se obtuvo un total de 18 pacientes diagnosticados con prolapso de la valvula mitral lo que representa un 2.7 o/o del total.

Analizando los resultados de acuerdo al sexo, podemos ver que el mayor afectado es el sexo femenino con un total de 15 pacientes representando un 83.33o/o del total de pacientes afectados, quedando el sexo masculino con un total de 3 pacientes y un 16.66o/o.

Según el lugar de procedencia, 12 de los 18 pacientes pertenecen al departamento de Zacapa y 6 pacientes al departamento de Chiquimula.

La clasificación por edades nos demuestra que en el intervalo de 0-10 años se tuvo un caso, en el intervalo 11-20 se tuvo otro caso, en el intervalo 21-30 se obtuvieron 6 casos, en el intervalo 31-40 se obtuvieron 3 casos, en el intervalo 41-50 se tuvieron 3 casos y por último en pacientes mayores de 50 años se tuvieron 4 pacientes. Se puede analizar que la población mayormente afectada es la que se encuentra entre la segunda y cuarta década y con un promedio de 37 años.

Del total de pacientes con prolapso de la válvula mitral, 16 se clasificaron como idiopáticos por desconocerse la etiología exacta del problema, lo que representa un 88.90o/o un paciente fué diagnosticado con: CIA + DLM + PVM. y un paciente fué diagnosticado con problemas isquémicos.

Los pacientes que presentaron sintomatología "Clásica" de: Dolor torácico, palpitaciones, fatiga y disnea de esfuerzo se comportaron de la siguiente forma:

17 pacientes presentaron palpitaciones lo que representa un 94 punto 5 por ciento, 16 pacientes presentaron dolor torácico con un 88.90o/o, 10 pacientes presentaron fatiga con un 55.55o/o y 10 pacientes presentaron disnea de esfuerzo con un 55.55o/o.

Podemos observar la clasificación de acuerdo a hallazgos auscultatorios, que un 77.8 % de los pacientes presentaron el chasquido o "Clic" mesosistólico característico del prolapso de la válvula mitral, un 11.10o/o de los pacientes presentaron un chasquido mesosistólico más soplo telesistólico.

Con respecto a los hallazgos electrocardiográficos, un 61.11% fué encontrado como normal y un 38.88o/o con hallazgos anormales entre los cuales podemos ver: Trastornos inespecíficos de la repolarización, de cara lateral y diafragmática extrasistolias, bloqueo de rama derecha del haz de His e hipertrofia de cavidades izquierdas.

En los resultados de la ecocardiografía bidimensional se obtuvo un total de 15 pacientes con afección de la valva anterior y 1 caso con afección de la valva posterior, se tuvieron dos casos con afección de ambas válvulas.

14 pacientes de los 18 fueron sometidos a tratamiento con betabloqueadores, el resto fue sometido a tratamiento de insuficiencia cardíaca de la siguiente forma: 4 con digoxina, 2 con amiodarona y 1 con disopiramida.

La evolución de los pacientes con el tratamiento de betabloqueadores fué satisfactoria en 11 e insatisfactoria en 3 pacientes.

Se presentó un caso en el cual el paciente desarrolló endocarditis bacteriana sub aguda.

CONCLUSIONES

Podemos concluir según los análisis de resultados que en el hospital de Zacapa, se presenta el prolapso de la válvula mitral con una frecuencia del 2.7o/o.

El sexo que mayormente se afecta es el sexo femenino con una proporción de 5:1.

La enfermedad ataca mayormente a las personas que se encuentran entre la segunda y cuarta década de la vida, teniendo como promedio la edad de 37 años.

En su mayor porcentaje no se puede determinar la causa etiológica de la enfermedad.

La sintomatología que se presenta con más frecuencia son las palpitaciones, seguida del dolor torácico, luego la fatiga y por último la disnea de esfuerzo. El síncope es una manifestación muy rara.

Por ecocardiografía, en el oriente de Guatemala la valva que se afecta en mayor cantidad es la valva anterior.

El tratamiento con betabloqueadores tuvo buen resultado pues fué satisfactorio en 11 de los 14 pacientes.

La endocarditis bacteriana se presentó con un solo caso.

RESUMEN

El presente estudio realizado en el hospital de Zacapa durante un período de 1 año 3 meses, se tomó como muestra a los 660 pacientes que asistieron al departamento de cardiología que asistieron a la consulta externa de dicho departamento. Se tomó como tema de investigación, la frecuencia del síndrome del prolapso de la válvula mitral.

En el estudio se obtuvieron 18 pacientes con prolapso de la válvula mitral. Del total de la muestra 15 pertenecen al sexo femenino y 3 al sexo masculino.

La edad promedio de afección fue de 37 años y en un 88.90 por ciento no se logró determinar la causa etiológica de la enfermedad.

La sintomatología que se presentó con más frecuencia fueron las palpitaciones y el dolor torácico, el síncope no se presentó en ninguno de los pacientes. Los hallazgos auscultatorios revelaron que el clic mesosistólico característico se presentó en un 77.8% de los pacientes.

La electrocardiografía se presentó con anomalías en un 33.88o/o mientras el diagnóstico exacto nos fue dado por la ecocardiografía bidimensional con la cual se detectó que 15 pacientes estaban afectados de la válvula anterior de la mitral, 1 paciente estaba afectado de la válvula posterior y 2 pacientes estaban afectados de ambas válvulas.

14 de los 18 pacientes fueron sometidos a tratamiento con betabloqueadores y solamente se obtuvo una respuesta insatisfactoria en 3 de ellos.

La endocarditis bacteriana sub aguda como complicación del

síndrome del prolapso de la válvula mitral se presentó únicamente en 1 paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aranda, J.M. et al. Mitral valve prolapse: Recent concepts and observations. *Am J Med* 1976 Jun; 60(7):997-1004
2. Braunwald, E. Síndrome del prolapso de la válvula mitral. En su: *Tratado de cardiología*. México, Interamericana, 1983. v.2 (pp. 1248-1254).
3. Cheitlin, M.D. Mitral valve prolapse. *Circulation* 1979 Aug; 59(1)610
4. Clemens, J.D. et al. A controled evaluation of risk of bacterial endocarditis in persons with mitral valve prolapse. *N Eng J Med* 1982 Sep 23. 307(13):776-781
5. Davis, R.H. et al. Myxomatous degeneration of the mitral valve *Am J Cardiol* 1971 Oct; 28(4):449-455
6. De María, A.N. et al. Echocardiographic identification of the mitral valve prolapse syndrome. *Am J Med* 1977 Jun; 62(6)819-829
7. Devereux, R.B. et al. Mitral valve prolapse. *Circulation* 1976 Jul; 54(1):3-14
8. Hurst, J.W. Prolapso de la válvula mitral. En su: *El corazón*. Barcelona, Toray, 1981. v2 (pp.1036-1044)
9. Mills, P. et al. Long term prognosis of mitral valve prolapse. *N Eng J Med* 1977 Jul 16; 297(1):13-18

10. Naggar, C.Z. *Electrocardiographics abnormalities in the mitral valve prolapse syndrome.* Chest 1976 Sept; 70(1):437
11. Ronan, J.A. *Echocardiography in mitral valve prolapse.* Chest 1982 Sept; 83(3):265
12. Schutte, J.E. et al. *Distinctive anthropometrics characteristics of women with mitral valve prolapse.* Am J Med 1981 Oct; 71(4):533-537

APENDICES

2/20/80
E. J. Guerrero

Universidad de San Carlos de Guatemala
 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
 UNIDAD DE DOCUMENTACION

PROTOCOLO DE PROLAPSO DE VALVULA MITRAL

I. Nombre:

Edad: Sexo: Ocupación: Estado Civil:

Originario de: Residente en:

II. Clasificación de acuerdo a la enfermedad coexistente.

- a. Reumáticas () d. Traumática ()
b. Isquémico () e. Idiopática ()
c. C I A () f. Marfan ()

Miocardiopatía Obstructiva ()

III. Síntomas:

- a. Dolor Torácico: _____
b. Palpitaciones: _____
c. Disnea de Esfuerzo _____
d. Fatiga: _____
e. Síncope: _____

IV. Clínica:

- a. Clic Mesosistólico ()
b. Soplo Telesistólico ()
c. Soplo Holosistólico ()
d. Insuficiencia Cardíaca ()
e. Anomalías asociadas ()
f. Extrasistolias ()

