

# Archivos de Cardiología de México

Volumen  
Volume **76**

Número  
Number **1**

Enero-Marzo  
January-March **2006**

*Artículo:*

Tejido valvular mitral accesorio como causa de obstrucción subaórtica. A propósito de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2006  
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

**Otras secciones de este sitio:**

- ☞ [Índice de este número](#)
- ☞ [Más revistas](#)
- ☞ [Búsqueda](#)

***Others sections in this web site:***

- ☞ [\*Contents of this number\*](#)
- ☞ [\*More journals\*](#)
- ☞ [\*Search\*](#)



**Edigraphic.com**

## IMÁGENES EN CARDIOLOGÍA

# *Tejido valvular mitral accesorio como causa de obstrucción subaórtica. A propósito de un caso*

Nilda Espínola Zavaleta,\* Luis Muñoz Castellanos\*

### Resumen

Se presenta el caso de una mujer de 28 años de edad con estenosis subaórtica severa por tejido valvular mitral accesorio, en forma de una segunda valva media ectópica por debajo de la valva anterior. El diagnóstico se efectuó mediante ecocardiografía.

### Summary

ACCESSORY MITRAL VALVE TISSUE AS A CAUSE OF SUBAORTIC OBSTRUCTION. A CASE REPORT

It is a case of a 28-year-female with severe subaortic stenosis due to accessory mitral valve tissue of the type of an accessory medial valve below the normal anterior one. The diagnosis was performed by echocardiography.  
(Arch Cardiol Mex 2006; 76: 109-112)

**Palabras clave:** Tejido mitral accesorio. Obstrucción subaórtica. Ecocardiografía.

**Key words:** Accessory mitral valve tissue. Subaortic obstruction. Echocardiography.

### Cuadro clínico

**P**aciente femenina de 28 años de edad con historia familiar de diabetes mellitus y miocardiopatía dilatada. Es conocida en nuestra institución desde 1998 por disnea de grandes a medianos esfuerzos y palpitaciones ocasionales. El ecocardiograma realizado en ese mismo año demostró estenosis subaórtica con gradiente máximo de 120 mm Hg, sin especificar la causa e insuficiencia mitral ligera. El monitoreo electrocardiográfico de 24 horas evidenció extrasistolia ventricular polimórfica y el cateterismo cardíaco efectuado en 1999 hipertrofia septal asimétrica y obstrucción subaórtica con gradiente máximo intraventricular de 100 mm Hg. Abandonó el seguimiento desde 1999 hasta el 2005 en que regresó con la sintomatología antes descrita, además de ortopnea de 2 almohadas. A la exploración física

se encontró levantamiento sistólico en ápex y soplo expulsivo en foco aórtico III/IV áspero con irradiación a vasos del cuello y disociación acústica de Gallavardin. El electrocardiograma de superficie en ritmo sinusal que mostró hipertrofia ventricular izquierda y sobrecarga sistólica del ventrículo izquierdo y el ecocardiograma transtorácico realizado en diciembre de este año demostró hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo, obstrucción subaórtica severa con gradiente máximo de 123 mm Hg por tejido mitral valvular accesorio situado debajo de la valva anterior (*Figs. 1, 2 y 3*). El gradiente a nivel de la válvula aórtica es normal (8 mm Hg). La función sistólica del ventrículo izquierdo es normal con fracción de expulsión del ventrículo izquierdo del 65%. La paciente se encuentra en espera de tratamiento quirúrgico.

\* Ecocardiografía en Consulta Externa. Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

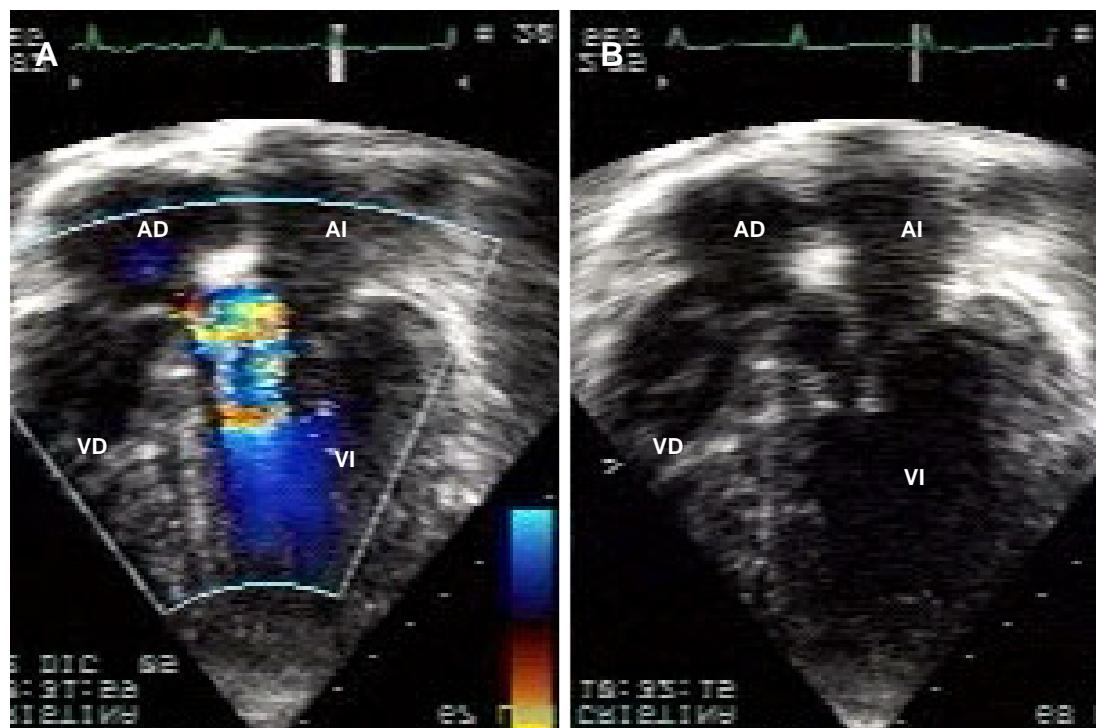
Correspondencia: Dra. Nilda Espínola Zavaleta. Ecocardiografía en Consulta Externa. Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" (INCICH, Juan Badiano Núm. 1, Col. Sección XVI, Tlalpan 14800 México D.F.). E-mail: niesza2001@hotmail.com

Recibido: 16 de diciembre de 2005

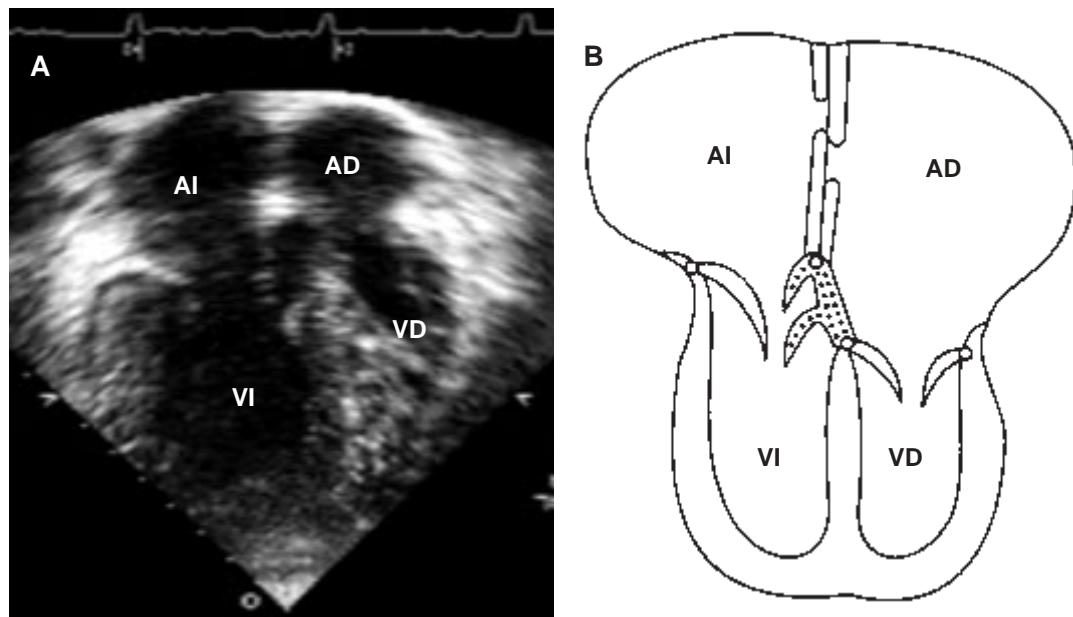
Aceptado: 09 de enero de 2006

Se presenta este caso con válvula mitral trivalva como una causa más de obstrucción subaórtica aparte de las ya descritas como el rodete fibroso subaórtico, la miocardiopatía septal asimétrica obstructiva, la mala disposición de las cuerdas tendinosas y de los músculos papilares y la desviación posterior del septum infundibular.<sup>1</sup> En la literatura existen reportes aislados descritos solamente en niños de obstrucción crítica a la vía de salida del ventrículo izquierdo por tejido mitral accesorio.<sup>2</sup> Esto ocurre tanto en transposición completa y corregida de las grandes arterias, así como en corazones con concordancia ventriculoarterial como el presente caso. El desarrollo de tejido valvular mitral accesorio debajo de la valva anterior tiene una explicación embriológica debido a que en el desarrollo normal esta valva deriva de la rama izquierda del tabique atrioventricular que experimenta un doblamiento hacia la izquierda,

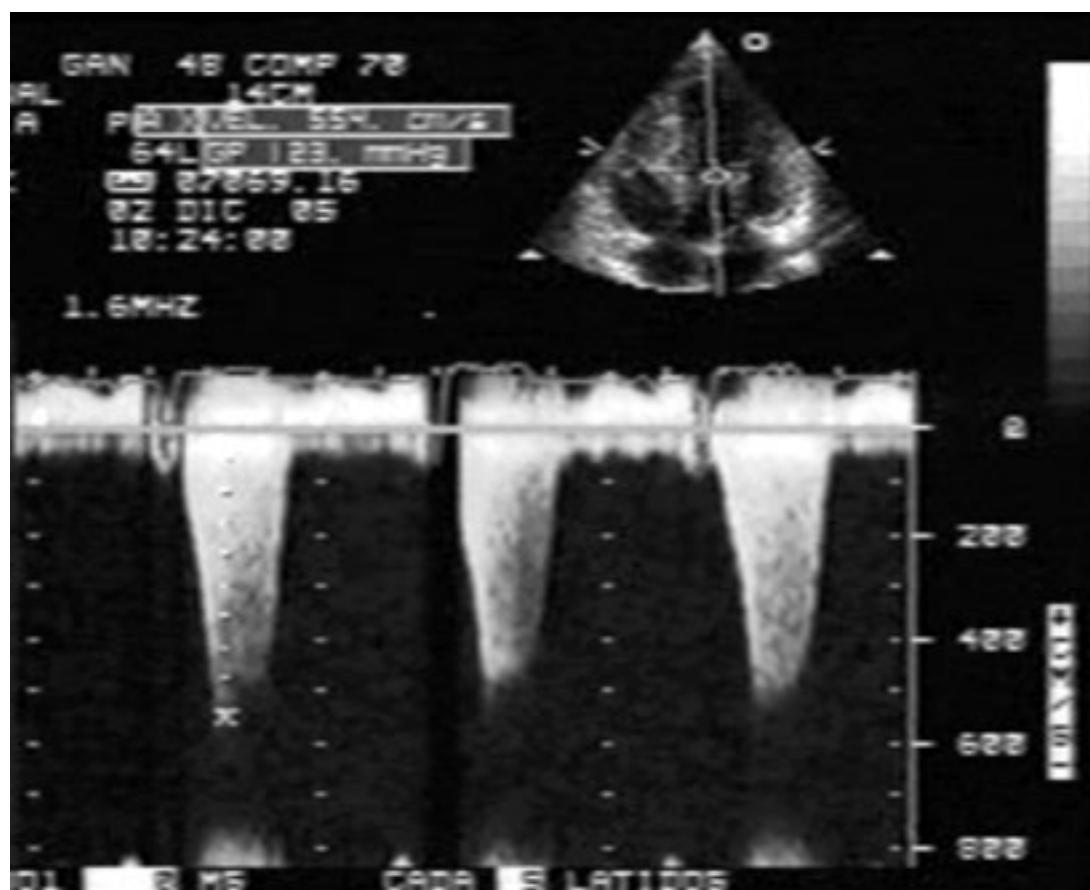
por lo que dicha rama se introduce dentro del canal atrioventricular izquierdo y ahí se diferencia en la valva anterior de la válvula mitral, mientras que la rama derecha de dicho tabique se transforma en el tabique atrioventricular definitivo. De lo anterior resulta clara la posibilidad de desarrollo anormal de tejido valvular mitral accesorio que se puede manifestar como colgajos de tejido fibroso hasta la formación de una valva bien conformada que se sitúa por debajo de la valva anterior normal de la válvula mitral (Fig. 4). Esta alteración anatómica es causa de obstrucción en el trato de salida del ventrículo izquierdo que en este paciente es de tipo subaórtico por tener conexión ventriculoarterial concordante. Este caso es de gran interés porque es el primer reporte en la literatura de obstrucción subaórtica severa por una valva accesoria septal de la válvula mitral en un paciente adulto.



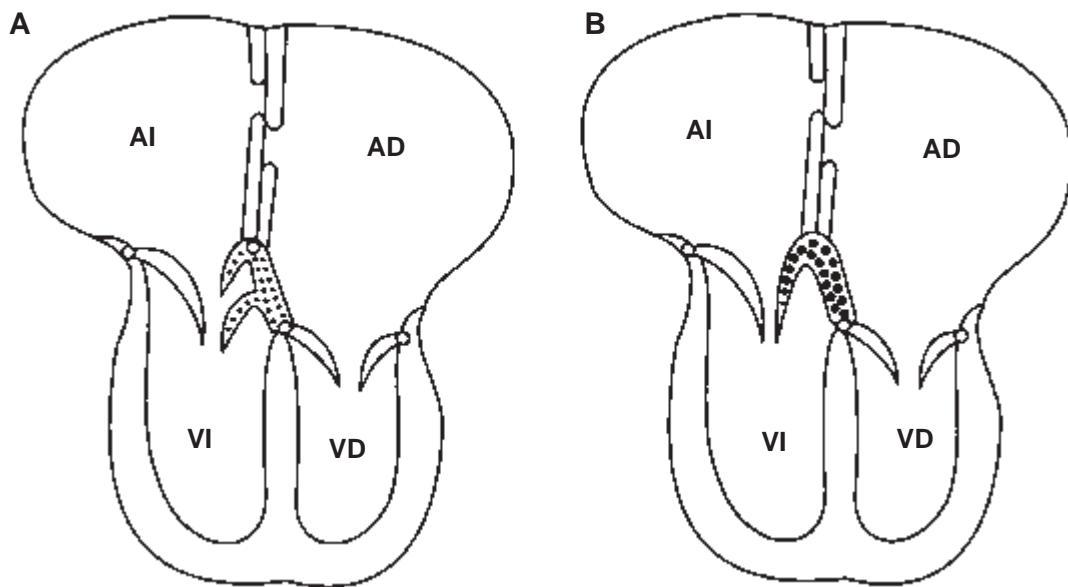
**Fig. 1.** Imágenes bidimensionales y con Doppler color en el plano apical de 4 cámaras que muestran la isovelocidad en el sitio de la obstrucción **A** generada por la valva posterior y la valva accesoria de la válvula mitral. **B** AI-Aurícula izquierda, VI-Ventrículo izquierdo, AD-Aurícula derecha, VD-Ventrículo derecho.



**Fig. 2.** A Imagen bidimensional de cuatro cámaras que muestra la válvula mitral trivalva. B Esquema que representa la malformación de la válvula mitral. Las abreviaturas iguales a las anteriores.



**Fig. 3.** Ecocardiograma bidimensional y con Doppler continuo en un corte apical de cuatro cámaras que muestra estenosis subaórtica severa con gradiente máximo subaórtico de 123 mm Hg.



**Fig. 4.** Esquemas que muestran el origen de la válvula mitral tricúspide catalogada dentro del tejido valvular accesorio **A** y la válvula mitral en un corazón normal **B**. La estructura punteada constituye las dos ramas del tabique atrioventricular. Las abreviaturas iguales a las anteriores.

### Referencias

1. ESPINOLA-ZAVALET A, MUÑOZ-CASTELLANOS L, HERRERA MG, KEIRNS C: *Obstruction of the aorta and left ventricular outflow tract. Anatomo-echocardiographic correlation.* (En prensa).
2. CALABRÓ R, SATORO G, PISACANE C, SARUBBI B, FARNINA G, PACILEO G, CAIANIELLO G: *Critical left ventricular outflow tract obstruction due to accessory mitral valve tissue.* Echocardiography 2000; 17: 177-180.