

Reevaluación diagnóstica de una muestra de pacientes del Hospital de Morón con prolapso valvular mitral.

Diagnostic reevaluation of patient sample in Morón Hospital with mitral valve prolapse.

Francisco L. Moreno Martínez(1), Carlos Martínez Espinosa(2), Leonel Hernández Cruz(3), Andrés Pérez Morillas(3), Israel G. Martínez Alonso(4), Rodolfo Vega Candelario(3), Omaidá J. López Bernal(5).

RESUMEN

Introducción: El prolapso de la válvula mitral (PVM), es la enfermedad valvular cardíaca más frecuente en la población general y se encuentra mayormente en personas jóvenes, del sexo femenino. **Método:** El universo de estudio estuvo conformado por 48 pacientes, procedentes del Hospital Universitario de Morón con el diagnóstico de PVM, que asistieron a la consulta de ecocardiografía del Cardiocentro de Santa Clara. A todos se les realizó ecocardiograma en reposo con un equipo Aloka 5500 con el objetivo de redefinir el diagnóstico. **Resultados:** Solo el 18.8% de los pacientes tenía PVM clásico y el 22.9%, no clásico. 30 pacientes pertenecían al sexo femenino y 37 eran blancos. Los pacientes sin PVM presentaron mayor número de síntomas: ansiedad (89.3%), disnea (64.3%), dolor torácico (60.7%), entre otros. En los pacientes con PVM las palpitaciones constituyeron el síntoma predominante (100% clásico y 72.7% no clásico), seguido del dolor torácico (88.9% y 63.6% respectivamente). Todos los pacientes con PVM presentaron soplo sistólico y chasquido, aunque no todos mesosistólicos; en cambio, solo el 57.1% de los pacientes sin PVM presentaba soplo sistólico y el 25.0%, chasquido mesosistólico. El 55.6% de los pacientes con PVM clásico presentaba regurgitación mitral muy ligera y el 82.1% de los pacientes sin PVM no tenía regurgitación. **Conclusiones:** El 58.3% de los pacientes no tenía PVM. Aquellos que lo padecían eran predominantemente blancos, del sexo femenino y se quejaban de palpitaciones y dolor en el pecho; presentaban soplo sistólico apical y chasquido y el grado de regurgitación fue, principalmente, muy ligero.

Palabras clave: PROLAPSO VALVULAR MITRAL, CRITERIOS DIAGNÓSTICOS, REGURGITACIÓN MITRAL

- Especialista de I Grado en Cardiología. Intensivista. Cardiocentro Santa Clara.
- Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Cardiología. Titular.
- Cardiocentro Santa Clara.
- Especialistas de Primer Grado en Cardiología.
- Especialista de I Grado en Cardiología. Intensivista.
- Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Instructora.

INTRODUCCIÓN

El prolapso de la válvula mitral (PVM) constituye la enfermedad valvular cardíaca más frecuentemente encontrada en la población general y alcanza su mayor incidencia en individuos jóvenes y del sexo femenino ^{1, 2}. Fue descrito por primera vez por Barlow y Bosman ³ en 1966 por la presencia de un chasquido de origen no eyectivo, soplo sistólico tardío, alteraciones de la onda T y ondulación aneurismática de la valva posterior mitral hacia la aurícula izquierda durante la sístole ventricular.

Múltiples han sido los estudios realizados sobre esta enfermedad, pero no había existido uniformidad en cuanto a sus criterios diagnósticos, por lo que en los últimos años se evidenció un aumento de falsos positivos que generó la necesidad de unificar criterios y redefinir el diagnóstico del PVM ^{4, 5}.

Su prevalencia se estima entre el 5-10% y algunos autores la consideran más elevada, además se ha planteado que el PVM se asocia frecuentemente a insuficiencia mitral, fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca, accidentes vasculares encefálicos y hasta muerte súbita ⁶⁻⁸; otros por el contrario, no consideran tal asociación y estiman su prevalencia por debajo del 5% ^{7, 9, 10}.

El objetivo de nuestra investigación fue reevaluar un grupo de pacientes con diagnóstico de PVM del Hospital Universitario de Morón, de acuerdo a los nuevos criterios aceptados y conocer algunas variables asociadas a esta enfermedad.

MÉTODO

Pacientes

A la consulta de ecocardiografía del Cardiocentro de Santa Clara se enviaron 48 pacientes de ambos sexos, con diagnóstico de PVM, procedentes del Hospital Universitario de Morón, en el período comprendido de marzo a agosto del 2002, para reevaluar su enfermedad de acuerdo a los criterios más aceptados (según Freed et al ⁶) para esa entidad nosológica y conocer su relación con algunas variables clínicas.

Variables

Se confeccionó un cuestionario donde se recogieron los datos generales del paciente, sexo, color de la piel, síntomas referidos y los hallazgos al examen físico. Todos los pacientes fueron sometidos a un nuevo estudio sonográfico en reposo.

Técnica ecocardiográfica ^{4, 5, 11-17}

A todos los pacientes se les realizó el ecocardiograma con un equipo Aloka 5500. Las imágenes fueron enviadas al servidor de la red de computación local del cardiocentro para su posterior evaluación y se utilizaron las vistas paraesternal, apical y subcostal en modo bidimensional, conjuntamente con doppler color para evaluar el grado de regurgitación mitral.

El desplazamiento de las valvas mitrales fue evaluado tomando como referencia una línea que conectara los bordes de inserción de las valvas en el anillo valvular durante la sístole ventricular. Se interpretó como magnitud de desplazamiento la distancia entre esta línea y cada valva mitral.

El engrosamiento de las valvas durante la diástole se midió por el borde externo del área de mayor engrosamiento a nivel de la porción media de cada valva.

Los pacientes fueron entonces clasificados en tres grupos: PVM clásico, PVM no clásico y sin PVM.

PVM clásico: Magnitud de desplazamiento de una o ambas valvas mayor de 2 mm y máximo engrosamiento de las valvas igual o mayor de 5 mm.

PVM no clásico: Magnitud de desplazamiento igual o mayor de 2 mm y máximo engrosamiento menor de 5 mm.

Los pacientes con magnitud de desplazamiento menor de 2 mm fueron considerados como pacientes sin PVM.

El grado de regurgitación mitral se evaluó de acuerdo con el área del jet regurgitante hacia la aurícula izquierda, considerándolo como muy ligero entre 0-10%, ligero de 10-20, moderado de 20-40 y severo mayor de 40%.

Todas las imágenes fueron evaluadas en conjunto por dos ecocardiografistas entrenados.

Procesamiento estadístico

La recolección del dato primario fue manual a través de un cuestionario confeccionado al efecto. El análisis se llevó a cabo en una microcomputadora utilizando el programa de gestión de base de datos Visual FoxPro y el editor de imágenes ACDSee.

Los resultados se muestran en tablas y gráficos.

Como medida de resumen de la información se usó la proporción.

RESULTADOS

La distribución de pacientes según el tipo de PVM, el sexo y el color de la piel (Tabla 1) muestra que solo el 18.8% tenía PVM clásico, el 22.9% PVM no clásico y más de la mitad (58.3%) no tenía PVM, una vez que se aplicaron los nuevos criterios de clasificación. Predominó el sexo femenino (30/48) y el color de la piel blanca (37/48); llama la atención que el mayor porcentaje estuvo representado, para ambas variables, por pacientes sin PVM.

En el PVM clásico se observó un ligero predominio del sexo femenino (5/9), pero con el color de la piel la diferencia fue abrumadora, pues 8 de 9 pacientes tenían la piel blanca. Para el PVM no clásico, el predominio de blancos fue menos significativo (7/11), y se observó ligero predominio del sexo femenino (6/11).

Al distribuir los pacientes según los síntomas referidos (Tabla 2) nos percatamos que los pacientes sin PVM presentaron mayor número de síntomas, predominando por orden de frecuencia la ansiedad (89.3%), la disnea (64.3%) y el dolor torácico (60.7%); sin embargo, las palpitations aparecieron como el síntoma predominante en los pacientes con PVM clásico (100%) y PVM no clásico (72.7%), seguido del dolor torácico (88.9% y 63.6% respectivamente), la disnea se presentó en el 63.6% de los pacientes con PVM no clásico, el resto no tuvo una frecuencia significativa. El edema no apareció en ningún paciente con PVM clásico y la diaforesis estuvo ausente también, y solo apareció en un caso (9.1%) con PVM no clásico, que pudo haber sido casual.

La totalidad de los pacientes con PVM presentaban soplo sistólico y el 88.9% de los pacientes con PVM clásico y el 81.8% de los pacientes con PVM no clásico presentaron chasquido o click mesosistólico (Tabla 3). En cambio, solo el 57.1% de los pacientes sin PVM presentaban soplo sistólico, el 25.0% click mesosistólico y el 17.8% no tenía ninguno de los dos elementos auscultatorios. Es importante señalar que más de la mitad de los pacientes sin PVM presentaban otros clicks.

En el Gráfico 1 se puede observar que predominó la regurgitación de grado muy ligero en los pacientes con PVM (55.6% para el clásico y 54.5% para el no clásico), mientras que en los que no tenían PVM el 82.1% no presentaba regurgitación. Pequeños porcentajes de pacientes con PVM presentaban regurgitación de grados ligero o moderado y solo en 1 paciente con PVM clásico (11.1%) el grado de regurgitación fue severo.

DISCUSIÓN

Al analizar nuestros resultados nos percatamos que solo el 41.7% de los pacientes (20/48) presentaba PVM, lo que nos demuestra que, en este estudio, más de la mitad de los enfermos eran falsos positivos. Esta cifra es aun más alarmante cuando consideramos que muchos de nuestros profesionales aun no aplican estos criterios lo cual hace que continúe aumentando la cantidad de falsos positivos. Recuérdese que esto pudiera tener hasta implicaciones legales considerando que los pacientes con esta enfermedad tienen limitaciones físicas, impuestas por nosotros mismos.

Según Freed et al ⁶ los desplazamientos menores de 2 mm no deben ser considerados como PVM debido a que no se asocian a engrosamiento significativo de las valvas, ni a regurgitación mitral, dilatación de aurícula izquierda, complicaciones relacionadas con la válvula o progresión de la enfermedad, por un período de 10 años; esto demuestra inclusive poca o ninguna utilidad de tratamiento en este tipo de pacientes ^{18, 19}. El propio autor ⁶ plantea, además, que el PVM es más benigno de lo que se ha consignado previamente en la literatura y que la frecuencia de su diagnóstico puede disminuir si se excluyen los pacientes con engrosamiento aislado de las valvas o regurgitación, sin otros signos de PVM. Este último planteamiento es apoyado también por Levine et al ⁴ y Nidorf et al ¹⁵. La prevalencia del PVM sería menor mientras más rigurosos sean los criterios que se apliquen ^{6, 18}.

Gilon et al ⁹ plantean que puede haber relación entre el diagnóstico y la técnica ecocardiográfica específica, así como con los criterios utilizados. Desde 1984 Barletta y Fantini ²⁰ demostraron que con el uso del modo M los resultados podían ser variables en dependencia de la posición del transductor, pues el PVM no es más que el abombamiento de las valvas hacia la aurícula izquierda durante la sístole, en una dirección apex-base y este movimiento es perpendicular a la imagen que se obtiene en modo M, por lo que no se puede garantizar una adecuada percepción visual.

El uso del modo M como base para el diagnóstico produjo un aumento del número de casos con PVM, alcanzando una prevalencia de aproximadamente 30% entre la población joven supuestamente sana ^{20, 21}.

Freed et al ⁶ encontraron una distribución de edad y sexo similar para aquellos pacientes con y sin PVM lo que difiere de nuestros resultados donde hubo un ligero predominio del sexo femenino en los casos con PVM y un predominio significativo de este mismo sexo en el total de casos estudiados, pero su estudio fue en una muestra de la población general y el nuestro fue con pacientes que habían sido diagnosticados previamente con la enfermedad en cuestión. Otros estudios ²² han encontrado que en los pacientes con PVM que tenían insuficiencia mitral severa que requería corrección quirúrgica, el sexo predominante fue el masculino con una razón de 4:1 para los PVM de una sola valva y de 3:1 para aquellos donde estaban afectadas ambas valvas. Gilon et al ⁹ no tuvieron en cuenta el sexo y Bonow et al ³ también encontraron mayor prevalencia en el sexo femenino.

El color de la piel es una variable que no ha sido analizada en la literatura a nuestro alcance, sin embargo, pudiéramos considerar que el predominio global de la piel blanca en nuestro estudio debe a que en esta zona geográfica predominan las personas con color de la piel blanca. No obstante, de 20 pacientes con PVM, 15 (75.0%) eran blancos. ¿Tendrá alguna relación el PVM con el color de la piel o será este un resultado casual?

Las palpitations y el dolor torácico fueron los síntomas más frecuentemente referidos por aquellos pacientes con PVM, alcanzando mayor porcentaje en el tipo clásico. En los pacientes sin PVM el síntoma predominante fue la ansiedad, extremadamente inespecífico para una enfermedad cardíaca y suficientemente subjetivo a la hora de medirlo. En el PVM clásico se presentó en el 33.3% de los pacientes, posiblemente asociado a la alta frecuencia de palpitations junto al dolor torácico. No consideramos que la ansiedad sea un síntoma producido por la afectación valvular.

La disnea estuvo presente en el 64.3% de los pacientes sin PVM y solo en el 11.1% de los pacientes con PVM clásico. Llama la atención que en el PVM no clásico la disnea se presentó en el 63.6% de los pacientes lo que pudiera ser casual pues en los pacientes donde el volumen de regurgitación sea menor del 20% y haya buena función ventricular no existe fundamento fisiopatológico para justificar este síntoma.

Estos resultados difieren de los encontrados por Zuppiroli et al ²³ y Vivaldi et al ²⁴; pero coinciden con los encontrados por Freed et al ⁶ quienes plantean que la prevalencia de dolor y disnea fue similar en pacientes con y sin PVM; la presencia de estos síntomas en nuestro estudio fue muy similar en pacientes con PVM no clásico y aquellos sin PVM.

Son sugerentes los resultados obtenidos al examen físico. El soplo sistólico estuvo presente en todos los pacientes con PVM y el chasquido mesosistólico en casi todos. Sin embargo, el 17.8% de los pacientes sin PVM carecía de estigmas auscultatorios de la enfermedad. Entonces hay una pregunta que se impone, ¿por qué se le hizo ecocardiograma a esos pacientes con auscultación normal? Es evidente que aun se practica este estudio sin cumplir con sus indicaciones ²⁵, a veces abusamos de la tecnología y nos olvidamos de que la clínica y la semiología fueron, durante miles de años, la base del diagnóstico. ¡Pero, cuidado! ¿Estaremos haciendo un uso racional de nuestros recursos?...

Freed y colaboradores ⁶ encontraron que los pacientes con PVM tenían más soplo sistólico y chasquido mesosistólico, pero aseguraron también que la baja sensibilidad del soplo y el

chasquido, cuando no tienen una caracterización semiológica precisa, pueden ser la explicación para el sobrediagnóstico.

Pudiéramos decir que todos los pacientes con PVM tienen soplo sistólico y chasquido (en su gran mayoría mesosistólico), pero no todos los que tengan estos elementos auscultatorios tienen un PVM. Hay pacientes que no presentan los criterios ecocardiográficos específicos para hacer el diagnóstico de PVM, pero su válvula chasquea porque hay ligero abombamiento hacia la aurícula izquierda y en el momento de la apertura valvular el recorrido de las valvas es mayor, además puede también soplar debido a la presencia de una regurgitación ligera o simplemente por la vibración de las valvas anormalmente protruidas sin llegar a cumplir los criterios de PVM. Y estos casos no son tributarios ni siquiera de profilaxis para la endocarditis infecciosa¹⁸. Existen otras causas de chasquido y soplo no relacionados con el aparato valvular mitral, pero pueden auscultarse en la proyección de ese foco debido a su irradiación; por solo mencionar los más frecuentes, tenemos a las estenosis ligera y moderada de las válvulas aórtica y pulmonar y si buscáramos por separado causas extramitrales de sonidos que pueden confundirse con un chasquido o un soplo sistólico a nivel de la punta, entonces la lista fuera, pudiéramos decir, extensa. Así que recuerde: ***todo lo que chasquee y sople en la punta no tiene, necesariamente, que ser un PVM.***

Nuestros pacientes con PVM tienen más regurgitación que los que no tienen PVM y esta es, a su vez, de diferentes grados; además, solo el 14.3% de los pacientes sin PVM presentó regurgitación de grado muy ligero y el 3.6%, ligero. Estos resultados coinciden con los de otros autores^{6,9,13} quienes, plantean que en sus investigaciones el valor promedio de regurgitación fue: moderado para un pequeño número de pacientes con PVM clásico y ligero para la mayoría de los PVM clásicos y los no clásicos; además en sus pacientes sin PVM casi no existió regurgitación y cuando la hubo fue de grado muy ligero.

El PVM clásico puede tener una regurgitación de alrededor del 10% o mayor y dilatación de aurícula izquierda. Los diámetros ventriculares solo se afectan en estadios más avanzados. Según Freed et al⁶ el PVM es la causa principal de regurgitación mitral aislada.

Después de analizar nuestros resultados podemos concluir que el 58.3% de los pacientes que acudieron a la consulta de ecocardiografía, en el período estudiado, procedentes del Hospital Universitario de Morón con el diagnóstico previo de PVM, no tenía dicha enfermedad. Los pacientes con PVM (clásico o no clásico) fueron predominantemente blancos y del sexo femenino, se quejaron frecuentemente de palpitations y dolor torácico, tienen soplo sistólico apical y chasquido mesosistólico y el grado de regurgitación es, en su mayoría, muy ligero.

Limitaciones del estudio

Estos resultados no pueden ser extrapolados a otras series debido al pequeño número de pacientes incluidos en el estudio y a la poca representatividad de la muestra en relación con el total de casos con PVM en esa área de salud. La investigación fue para demostrar la necesidad de la reevaluación diagnóstica de los pacientes con PVM de acuerdo a los criterios actualmente aceptados.

Debido al desarrollo de la Red Cardiovascular en nuestro país y al esfuerzo del Ministerio de Salud Pública y el Gobierno, ha sido posible obtener un sofisticado ecógrafo Aloka 4000 multipropósito para el Centro Diagnóstico de Ciego de Ávila, recientemente inaugurado, con el cuál se pueden realizar estudios con mayor número de pacientes.

ABSTRACT

Introduction: Mitral valve prolapse (MVP) is the cardiac more frequent valve illness in the general population and it is mainly found in young people, female sex. **Method:** The sample was made up of 48 patients, coming from Morón Hospital with the diagnosis of MVP that attended cardiac ultrasound in the cardiac center in Santa Clara. **Results:** Only 18.8% of the patients had classic MVP and 22.9% non classic MVP. 30 patients were female and 37

whites. Patients without MVP presented more symptoms. **Conclusions:** 58.3% of patients didn't have MVP those who didn't were mainly whites, females and didn't claim to have palpitations and toracic pain presented apical sistolic murmur and the extent of ruminations was mainly very light.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Levy D, Savage D. Prevalence and clinical features of mitral valve prolapse. *Am Heart J* 1987; 113: 1281-90.
2. Bonow RO, Carabello B, De León AC. ACC/AHA guidelines for the management of patients with valvular heart disease: executive summary. *J Heart Valve Dis* 1998; 7: 672-707.
3. Barlow JB, Bosman CK. Aneurysmal protrusion of the posterior leaflet of the mitral valve: an auscultatory-electrocardiographic syndrome. *Am Heart J* 1966; 71: 166-78.
4. Levine RA, Stathogiannis E, Newell JB, Harrigan P, Weyman AE. Reconsideration of echocardiographic standards for mitral valve prolapse: lack of association between leaflet displacement isolated to the apical four chamber view and independent echocardiographic evidence of abnormality. *J Am Coll Cardiol* 1988; 11: 1010-9.
5. Perloff JK, Child JS. Mitral valve prolapse: evolution and refinement of diagnostic techniques. *Circulation* 1989; 80: 710-1.
6. Freed LA, Levy D, Levine RA, Larson MG, Evans JC, Fuller DL, et al. Prevalence and clinical outcome of mitral-valve prolapse. *N Engl J Med* 1999; 341(1): 1-7.
7. Nishimura RA, McGoon MD. Perspectives on mitral-valve prolapse. *N Engl J Med* 1999; 341(1): 48-50.
8. Cheng TO. Mitral-valve prolapse. Correspondence. *N Engl J Med* 1999; 341(19): 1471-2.
9. Gilon D, Buonanno FS, Joffe MM, Leavitt M, Marshall JE, Kistler JP, et al. Lack of evidence of an association between mitral-valve prolapse and stroke in young patients. *N Engl J Med* 1999; 341(1): 8-13.
10. Jeresaty RM. Mitral-valve prolapse. *N Engl J Med* 1999; 341(19): 1471.
11. Marks AR, Choong CY, Sanfilippo AJ, Ferré M, Weyman AE. Identification of high-risk and low-risk subgroups of patients with mitral-valve prolapse. *N Engl J Med* 1989; 320: 1031-6.
12. Levine RA, Handschumacher MD, Sanfilippo AJ. Three-dimensional echocardiographic reconstruction of the mitral valve, with implications for the diagnosis of mitral valve prolapse. *Circulation* 1989; 80: 589-98.
13. Shah PM. Echocardiographic diagnosis of mitral valve prolapse. *J Am Soc Echocardiogr* 1994; 7: 286-93.
14. Weissman NJ, Pini R, Roman MJ, Kramer-Fox R, Andersen HS, Devereux RB. In vivo mitral valve morphology and motion in mitral valve prolapse. *Am J Cardiol* 1994; 73: 1080-8.
15. Nidorf SM, Weyman AE, Hennessey R, Newell JB, Levine RA. The relationship between mitral valve morphology and prognosis in patients with mitral valve prolapse: a prospective echocardiographic study of 568 patients. *J Am Soc Echocardiogr* 1993; 6: S8. Abstract.
16. Louie EK, Langholz D, Mackin WJ, Wallis DE, Jacobs WR, Scanlon PJ. Transesophageal echocardiographic assessment of the contribution of intrinsic tissue thickness to the appearance of a thick mitral valve in patients with mitral valve prolapse. *J Am Coll Cardiol* 1996; 28: 465-71.
17. Helmcke F, Nanda NC, Hsiung MC. Color Doppler assessment of mitral regurgitation with orthogonal planes. *Circulation* 1987; 75: 175-83.

18. Devereux RB, Frary CJ, Kramer-Fox R, Roberts RB, Ruchlin HS. Cost-effectiveness of infective endocarditis prophylaxis for mitral valve prolapse with or without a mitral regurgitant murmur. *Am J Cardiol* 1994; 74: 1024-9.
19. Bonow R, Vahanian A. Management of valvular heart disease: how to apply the guidelines. Program and abstracts of the XIII Congress of the European Society of Cardiology; September 1-5, 2001; Stockholm, Sweden. Main Session.
20. Barletta GA, Fantini F. Pansystolic mitral bowing without mitral valve prolapse. *J Card Ultrasound* 1984; 3: 147-57.
21. Ivanov I, Dejanovic J, Radisic B, Ivanov D, Cikos J. Mitral valve prolapse. *Med Pregl* 2002; 55(1-2): 60-2.
22. Mills WR, Barber JE, Skiles JA, Ratliff NB, Cosgrove DM, Vesely I, et al. Clinical, echocardiographic, and biomechanical differences in mitral valve prolapse affecting one or both leaflets. *Am J Cardiol* 2002; 89(12): 1394-9.
23. Zuppiroli A, Rinaldi M, Kramer-Fox R, Favilli S, Roman MJ, Devereux RB. Natural history of mitral valve prolapse. *Am J Cardiol* 1995; 75: 1028-32.
24. Vivaldi MT, Sagie A, Adams MS. 10-year echocardiographic and clinical follow-up of patients with nonclassic mitral valve prolapse: does it progress? *Circulation* 1994; 90: Suppl I: I-222.
25. Malergue MC, Abergel E, Bernard Y. Recommendations of the French Society of Cardiology concerning indications for Doppler echocardiography. *Arch Mal Coeur Vaiss.* 1999; 92: 1347-79.

ANEXOS

TABLA 1. Distribución de pacientes según tipo de PVM, sexo y color de la piel.

TIPO	SEXO				COLOR DE LA PIEL				TOTAL	
	Femenino		Masculino		Blanca		Negra			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Clásico	5	10.4	4	8.3	8	16.7	1	2.1	9	18.8
No clásico	6	12.5	5	10.4	7	14.6	4	8.3	11	22.9
Sin PVM	19	39.6	9	18.8	22	45.8	6	12.5	28	58.3
TOTAL	30	62.5	18	37.5	37	77.1	11	22.9	48	100.0

TABLA 2. Distribución de pacientes según los síntomas referidos.

Síntomas	Clásico (n = 9)		No clásico (n = 11)		Sin PVM (n = 28)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dolor torácico	8	88.9	7	63.6	17	60.7
Palpitaciones	9	100.0	8	72.7	9	32.1
Ansiedad	3	33.3	2	18.2	25	89.3
Diaforesis	-	-	1	9.1	-	-
Mareos	2	22.2	1	9.1	5	17.8
Disnea	1	11.1	7	63.6	18	64.3
Edemas	-	-	2	18.2	3	10.7

TABLA 3.

Distribución de pacientes según los datos obtenidos al examen físico.

Examen físico	Clásico (n = 9)		No clásico (n = 11)		Sin PVM (n = 28)	
	N°	%	N°	%	N°	%
Soplo sistólico	9	100.0	11	100.0	16	57.1
Click mesosistólico	8	88.9	9	81.8	7	25.0
Otros clicks	1	11.1	2	18.2	15	53.6
Sin soplo ni click	-	-	-	-	5	17.8

