

Editorial

La cirugía de reparación valvular en España

The valve repair surgery in Spain

Rafael Payá*

Hospital General Universitario de Valencia, Av Tres Cruces, 2, 46014 Valencia

La reparación valvular mitral ha mostrado, en comparación con el reemplazamiento valvular, menor mortalidad operatoria, mejoría de la función ventricular, menor riesgo de ictus e infección, menor tasa de reoperaciones y de complicaciones tromboembólicas y/o hemorrágicas y una mayor supervivencia a largo plazo^{1,2}. Todas estas ventajas hacen que se plantee como un objetivo practicarla en el mayor número de pacientes que van a ser tratados quirúrgicamente de su valvulopatía.

La reparación valvular aórtica es técnicamente más compleja y de más reciente instauración por lo que no ha demostrado todavía de forma consistente todas estas ventajas³, si bien comparte con la reparación mitral algunas de ellas (evitar anticoagulación, menor grado de deterioro del tejido en relación con las bioprótesis, etc). Todo ello tiene mayor relevancia en los pacientes más jóvenes.

Por otra parte, la reparación valvular tricúspide está más ampliamente introducida desde hace muchos años, especialmente en las insuficiencias funcionales, si bien sigue siendo motivo de análisis y controversia^{4,5}.

Dadas las indudables ventajas referidas y la mayor exigencia técnica de la reparación para el cirujano es lógico que se considere la tasa de reparaciones como un importante marcador de calidad y excelencia de los equipos quirúrgicos. Pero para que ello sea cierto es imprescindible conocer no solo el porcentaje de reparaciones, sino a qué pacientes se ha tratado, cuál es el porcentaje de regurgitación valvular significativa tras la reparación y, sobre todo, la mortalidad a corto y medio plazo del procedimiento.

El presente registro⁶ tiene la importancia de ser el primero de estas características en nuestro entorno. Como subrayan sus autores, tiene varios aspectos que le confieren gran valor y trascendencia. En primer lugar, hay que subrayar la participación de un alto porcentaje de centros de nuestro país con la inclusión de un elevado número de pacientes, lo que permite que nos hagamos una idea real de la situación actual de la reparación valvular. Por otra parte, la colaboración de cardiólogos y cirujanos cardíacos confiere un valor añadido en cuanto a la visión global del problema. Como ha sido subrayado en numerosos trabajos previos, la reparación valvular (tanto la mitral como la aórtica) es impensable sin dicha colaboración y sin un detallado estudio de imagen anatómico y funcional previo y durante la misma^{2,3}.

Pese a las limitaciones del registro apuntadas por los autores, especialmente su carácter retrospectivo, sin especificación del tipo de lesión valvular y de la etiología de la misma, ofrece datos muy útiles como punto de partida para conocer la situación de la

reparación valvular en nuestro país. En el periodo estudiado, hubo un incremento anual de la cirugía valvular a expensas sobre todo de la valvulopatía aórtica. El porcentaje de reparaciones valvulares mostró asimismo un incremento de forma global y en cada una de las valvulopatías por separado. En el caso de la mitral tiene particular interés por cuanto se trata de un tratamiento ya implantado hace muchos años². Esto nos puede hacer suponer que estaríamos en una fase de expansión a centros con menos experiencia e incluyendo a pacientes con reparaciones más complejas. Es difícil comparar el porcentaje de reparaciones sobre el total de la cirugía valvular mitral con otros países, por cuanto el presente registro no concreta el porcentaje de insuficiencias mitrales severas aisladas. En la base de datos de la Society of Thoracic Surgeons⁷ en 8 años hubo un incremento del porcentaje de reparaciones desde el 51% hasta el 69% considerando sólo las insuficiencias aisladas, que suponen un 80% del total. Asumiendo ese porcentaje para el presente registro, las 961 reparaciones mitrales de 2011 supondrían un 40% sobre el total de la cirugía de la insuficiencia mitral aislada. Este porcentaje, aunque menor que el del registro americano resulta muy alentador, máxime si consideramos la amplia variabilidad entre los centros del presente registro. De cualquier manera, lo ideal sería que sólo algunos centros con mucha experiencia y buenos resultados a corto y medio plazo alcanzaran los más altos porcentajes de reparaciones, mientras que los servicios de cirugía cardíaca más pequeños y con menos experiencia deberían reparar solo los casos más favorables, remitiendo los complejos a los centros de referencia.

No es de extrañar que el porcentaje de reparación valvular aórtica sea bajo dado que probablemente el mayor número de pacientes de cirugía valvular aórtica sería por estenosis o lesión combinada no susceptibles de reparación. En los pacientes intervenidos de insuficiencia aórtica severa sí existe la posibilidad de aumentar el número de reparaciones valvulares. En este sentido, en una reciente revisión de Kari y cols³ se profundiza en el análisis de la selección de candidatos y del estudio de los mecanismos de la insuficiencia, que son puntos clave en el éxito de este abordaje terapéutico. De nuevo aquí se subraya la necesidad de la colaboración entre cirujanos cardíacos y cardiólogos en la indicación, control peroperatorio y seguimiento de los resultados. En este sentido el Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Cirugía Torácica y Cardiovascular ha considerado desde su inicio dicha colaboración.

El elevado porcentaje de reparaciones de la válvula tricúspide viene dado por la larga experiencia en este tratamiento y por el hecho de tratarse regurgitaciones predominantemente funcionales. No obstante, hay que destacar el ligero descenso del porcentaje de reparación tricúspide asociado a cirugía mitral. Dado que las guías recientes sugieren la conveniencia de reparar la válvula tricúspide aun en grados no severos de regurgitación tricúspide⁸,

* Autor para correspondencia: Tel.: +609104157.
Correo electrónico: paya.rafer@gva.es

probablemente en los próximos años podamos observar un incremento de este porcentaje en los pacientes operados de valvulopatía mitral.

El presente registro constituye un valioso punto de partida que debe servir de base a otros más exhaustivos en los que se analicen aspectos imprescindibles (tipo de valvulopatía, clase funcional de los pacientes, anatomía y mecanismo de la disfunción valvular, tipo de reparación practicada, resultado a corto y medio plazo y mortalidad quirúrgica y en el seguimiento) para la valoración de la calidad de los resultados y la comparación con registros similares.

Bibliografía

1. Savage EB, Ferguson TB, DiSesa VJ. Use of mitral valve repair: analysis of contemporary United States experience reported to the Society of Thoracic Surgeons National Cardiac Database. *Ann Thorac Surg*. 2003;75:820–5.
2. DiBardino DJ, ElBardissi AW, McClure RS, Raz-Vasquez OA, Kelly NE, Cohn LH. Four decades of experience with mitral valve repair: analysis of differential indications, technical evolution, and long-term outcome. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2010;139:76–84.
3. Kari FA, Siepe M, Sievers HH, Beyersdorf F. Repair of the regurgitant bicuspid and tricuspid aortic valve. Background, principles and outcomes *Circulation*. 2013;128:854–63.
4. Vassileva CM, Shabosky J, Boley T, et al. Tricuspid valve surgery: the past 10 years from a nationwide inpatient sample (NIS) database. *Semin Thorac Cardiovasc Surg*. 2010;22:90–6.
5. Chan V, Burwash IG, Lam BK. Clinical and echocardiographic impact on functional tricuspid regurgitation repair at the time of mitral valve replacement. *Ann Thorac Surg*. 2009;88:1209–15.
6. Sáez de Ibarra JI, Sitges M, Silva J, García-Fuster R, Evangelista A, Borras X, Pomar JL. Registro Español de reparación valvular 2009–2011. *Cirugía Cardiovascular*. 2013.
7. Gammie JS, Sheng S, Griffith BP, Peterson ED, Rankin JS, O'Brien SM, Brown JM. Trends in mitral valve surgery in the United States: results from the Society of Thoracic Surgeons Adult Cardiac Database. *Ann Thorac Surg*. 2009;87:1431–9.
8. Vahanian A, Alfieri O, Andreotti F, Antunes MJ, Barón-Esquivias M, Baumgartner Andrew Borger M, Carrel TP, DeBonis M, Evangelista A, Falk V, Jung B, Lancellotti P, Pierard L, Price S, et al. Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012). *European Heart Journal*. 2012;33:2451–96.



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es