

enfermedad muy evolucionada, con afectación multivascular y difusa, con posible intervencionismo previo y, ocasionalmente, con vasos límites para ser injertados. Honestamente, no siempre se puede conseguir una revascularización completa. Lo que realmente es importante es que los injertos que se puedan hacer se hagan bien. Es fundamental el control en quirófano del flujo de los injertos y repetirlos si es necesario, y pensar en utilizar injertos arteriales siempre que sea posible, sobre todo en los pacientes más jóvenes³.

Si, a pesar de todo, un paciente necesita ser revascularizado de nuevo, no siempre la mejor opción será la quirúrgica. Las reintervenciones son, por lo general, laboriosas y conllevan un mayor riesgo. El desarrollo del intervencionismo percutáneo en la actualidad permite tratar a estos pacientes con unas posibilidades de éxito elevadas y con menor riesgo, en general. Incluso el tronco común es fácilmente abordable de manera percutánea en un paciente con un injerto permeable a la arteria descendente anterior⁴.

Así se evidencia en el presente estudio, probablemente un reflejo fiel de la situación actual también en nuestro medio. Conocemos cuántas intervenciones de cirugía coronaria se realizan en España, pero no cuántas de ellas corresponden a reintervenciones⁵. Este estudio está bien diseñado, buscando no tanto un número elevado de pacientes (que lo es, sin duda) como un seguimiento suficiente. Marca, claramente, qué objetivos se quieren conseguir y conlleva un trabajo estadístico correcto. Es cierto que, por las características de la base de datos de la Sociedad de Cirujanos Torácicos y del programa Medicare, se pueden quedar muchos pacientes en el tintero. Además, las conclusiones son aplicables a los pacientes mayo-

res y no a los más jóvenes, aunque la mediana de edad de los pacientes que se intervienen de cirugía coronaria en Estados Unidos es de 65 años, por lo que este estudio puede considerarse representativo.

Bibliografía

1. Goldman S, Zadina K, Moritz T, Ovitt T, Sethi G, Copeland JG, et al. Long-term patency of saphenous vein and left internal mammary artery grafts after coronary artery bypass surgery: results from a Department of Veterans Affairs Cooperative Study. *J Am Coll Cardiol*. 2004;44:2149-56.
2. Domanski MJ, Borkowf CB, Campeau L, Knatterud GL, White C, Hoogwerf B, et al. Prognostic factors for atherosclerosis progression in saphenous vein grafts: the postcoronary artery bypass graft (Post-CABG) trial. Post-CABG Trial Investigators 2. *J Am Coll Cardiol*. 2000;36:1877-83.
3. Hol PK, Fosse E, Mork BE, Lundblad R, Rein KA, Lingaas PS, et al. Graft control by transit time flow measurement and intraoperative angiography in coronary artery bypass surgery. *Heart Surg Forum*. 2001;4:254-7.
4. Mohr FW, Morice MC, Kappetein AP, Feldman TE, Stahle E, Colombo A, et al. Coronary artery bypass graft surgery versus percutaneous coronary intervention in patients with three-vessel disease and left main coronary disease: 5-year follow-up of the randomised, clinical SYNTAX trial. *Lancet*. 2013;381:629-38.
5. Igual A, Mestres CA. Cirugía Cardiovascular en España en los años 2009-2010. Registro de intervenciones de la Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular (SECTCV). *Cir Cardio*. 2012;19:315-28.

Bernardo Romero-Ferrer

Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España
Correo electrónico: bromero.germanstrias@gencat.cat

Mitral valve repair or replacement for ischemic mitral regurgitation? The Italian Study on the Treatment of Ischemic Mitral Regurgitation

Lorusso R, Gelsomino S, Vizzardi E, D'Aloia A, De Cicco G, Luca F, Parise O, Gensini GF, Stefano P, Livi U, Vendramin I, Pacini D, Di Bartolomeo R, Miceli A, Varone E, Glauber M, Parolari A, Arlati FG, Alamanni F, Serraino F, Renzulli A, Messina A, Troise G, Mariscalco G, Cottini M, Beghi C, Nicolini F, Gherli T, Borghetti V, Pardini A, Caimmi PP, Micalizzi E, Fino C, Ferrazzi P, Di Mauro M, and Calafiore AM, the ISTIMIR Investigators. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2013;145:128-39.

Objetivo: No parece claramente demostrada la inferioridad del recambio mitral frente a la reparación mitral en el tratamiento de la insuficiencia mitral isquémica crónica. Este estudio multicéntrico pretende proporcionar una contribución a esta cuestión.

Métodos: De los 1.006 pacientes con insuficiencia mitral isquémica crónica y disfunción ventricular izquierda (fracción de eyección < 40%) intervenidos en 13 instituciones italianas entre 1996 y 2011, 298 (29,6%) fueron sometidos a reemplazo de la válvula mitral, mientras que 708 (70,4%) recibieron reparación de la válvula mitral. Los grados de propensión se calcularon por un modelo de regresión logística multivariable no parsimonioso, y 244 pares de pacientes fueron emparejados con éxito usando calibradores de anchura 0,2 desviación estándar de la *logit* de los grados de propensión. La mediana de la diferencia postemparejamiento estandarizada fue de 0,024 (rango, 0-0,037) y en ninguna de las covariables superó el 10%.

Resultados: Las muertes tempranas fueron del 3,3% (n = 8) en la reparación de la válvula mitral en comparación con el 5,3% (n = 13)

en la sustitución de la válvula mitral ($P = .32$). La supervivencia a los 8 años fue de $81,6 \pm 2,8\%$ y el $79,6 \pm 4,8\%$ ($P = .42$), respectivamente. La ausencia de reoperaciones por todas las causas y reoperación relacionada con la válvula eran $64,3 \pm 4,3\%$ frente al $80 \pm 4,1\%$ y $71,3 \pm 3,5\%$ frente a $85,5 \pm 3,9\%$ en la reparación de la válvula mitral y el reemplazo de la válvula mitral, respectivamente ($P < 0,001$). La actual ausencia de complicaciones relacionadas con la válvula fue de $68,3 \pm 3,1\%$ frente a $69,9 \pm 3,3\%$ en reparación de la válvula mitral y el reemplazo de la válvula mitral, respectivamente ($p = .78$). La función ventricular izquierda no mejoró significativamente, y fue comparable en los 2 grupos después de la intervención ($36,9$ vs. $38,5\%$, $p = 0,66$). En el análisis de regresión por competencia, la reparación de la válvula mitral resultó ser un fuerte predictor de reintervención (razón de riesgo, $2,84$, $P < 0,001$).

Conclusiones: La sustitución de la válvula mitral es una opción adecuada para los pacientes con insuficiencia mitral isquémica crónica y deterioro de la función ventricular izquierda. Proporciona mejores resultados en términos de ausencia de reoperaciones con comparables tasas de complicaciones relacionadas con la válvula

Comentario

El papel de la cirugía en la insuficiencia mitral isquémica crónica es muy controvertido, donde existen publicaciones que hablan a favor de la reparación mitral con anillo restrictivo¹ o con los anillos diseñados específicamente para dicho fin, pero con recurrencia de dicha patología en frecuencia no desdeñable, y el recambio valvular mitral, con o sin respetar el aparato subvalvular, donde la mortalidad postoperatoria puede ser algo mayor a cambio tiene menos recurrencia de la insuficiencia mitral².

Este trabajo multicéntrico fue diseñado para dar algo de luz sobre dicha controversia, es un trabajo retrospectivo donde se ha podido analizar un grupo de 244 pacientes sometidos a reparación valvular mitral frente a otro de 244 pacientes sometidos a sustitución valvular mitral.

Es llamativo que la mortalidad postoperatoria precoz es bastante baja y no difiere, siendo algo mayor en la sustitución, aunque en muchos de los pacientes con sustitución no se haya preservado el aparato subvalvular, se han empleado válvulas mecánicas y biológicas. La recurrencia de la insuficiencia mitral en el grupo reparado ha sido significativamente mayor que el grupo con sustitución. Es interesante señalar que los anillos empleados en la mayoría de los pacientes no son los diseñados específicamente para la reparación mitral isquémica, y la técnica empleada ha sido a criterio del cirujano. Uno de los puntos menos fuertes de este trabajo es que no detalla o no estudia por qué se ha elegido una técnica u otra, ya que es interesante saber en qué pacientes ha habido recurrencia de la reparación y sus mecanismos; los autores lo achacan a no disponer de ecos previas detalladas en pacientes intervenidos hace más de 15 años.

La supervivencia a largo plazo ha sido similar en ambos grupos, y la función ventricular no ha experimentado mejoría en ninguno de los 2 grupos, y dentro del grupo de sustitución no se ha encontrado diferencia significativa entre la preservación total de válvula, del velo posterior y la no conservación de la misma. Este resultado es similar al de otros autores donde no encuentran diferencia en la supervivencia según el empleo de la reparación o el recambio mitral³.

El papel de la reparación mitral en la patología degenerativa es bien definido y con buenos resultados, siendo de elección por delante del recambio mitral. Pero no parece aplicable a la insuficiencia mitral

isquémica con disfunción ventricular, cuyos resultados no son tan buenos con tasa de recurrencia alta, en pacientes con cirugía coronaria y de alto riesgo, donde la reintervención supondría un desafío y un importante riesgo de mortalidad. Este artículo, con sus limitaciones, trata de dar luz sobre el tratamiento que se ha de realizar y concluye que el recambio mitral es una opción adecuada y con menos tasa de recurrencia que la reparación, teniendo en cuenta que la mortalidad precoz, la supervivencia y la función ventricular no se ven influidas por la técnica empleada. Pero es importante identificar los mecanismos y las causas que hacen que falle la reparación, o dicho de otro modo, sería importante para los cirujanos identificar qué técnica es más adecuada para qué enfermo, y esa respuesta no la da este trabajo.

Bibliografía

1. Tibayan FA, Rodriguez F, Langer F, Liang D, Daughters GT, Ingels NB Jr D, et al. Undersized Mitral Annuloplasty Alters Left Ventricular Shape During Acute Ischemic. *Circulation*. 2004;110:1198-102.
2. Al-Radi OO, Austin PC, Tu JV, David TE, Yau TM. Mitral Repair versus Replacement for Ischemic Mitral Regurgitation. *Ann Thorac Surg*. 2005;79:1260-7.
3. Maltais S, Schaff HV, Daly RC, Suri RM, Dearani JA, Sundt TM, et al. Mitral regurgitation surgery in patients with ischemic cardiomyopathy and ischemic mitral regurgitation: Factors that influence survival. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2011;142:995-1001.

Omar Ahmad Araji Tiliani

Unidad del Corazón, Departamento de Cirugía Cardiovascular,
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España
Correo electrónico: oharaji@hotmail.com



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es