

Comentarios bibliográficos

Incidencia y progresión de la insuficiencia aórtica ligera tras el reimplante de la válvula aórtica según la técnica de David***Incidence and progression of mild aortic regurgitation after Tirone David reimplantation valve-sparing aortic root replacement***

Stephens EH, Liang DH, Kvitting JP, Kari FA, Fischbein MP, Mitchell RS, et al. Incidence and progression of mild aortic regurgitation after Tirone David reimplantation valve-sparing aortic root replacement. *Thorac Cardiovasc Surg.* 2014;147:169-177.

Objetivo: El presente estudio trata de analizar la evolución en el tiempo de la insuficiencia aórtica ligera, tras la cirugía de remplazo de la raíz de aorta con preservación de la válvula aórtica según la técnica de David.

Métodos: Entre 2003 y 2008, 154 pacientes fueron intervenidos según la técnica de David-V. Noventa y seis pacientes (62%) contaban con un ecocardiograma transtorácico al año (mediana, 12 ± 4 meses) y a medio plazo (62 ± 22 meses) y fueron el grupo de estudio. La edad media fue de 38 ± 13 años, el 71% eran varones, el 31% tenía una válvula aórtica bicúspide, el 41% tenía síndrome de Marfan y en el 51% se realizó reparación de la válvula aórtica, principalmente plicatura central del borde libre.

Resultados: En 41 pacientes (43%) se objetivó una insuficiencia aórtica ligera al año de la intervención. En el 85% (35 pacientes) el grado de insuficiencia aórtica permaneció estable hasta el ecocardiograma más reciente (mediana 57 ± 20 meses). En 5 pacientes (12%) progresó a insuficiencia aórtica moderada (mediana de 28 ± 18 meses) y permaneció estable después. Un paciente desarrolló insuficiencia aórtica severa y requirió ser reoperado. Cinco pacientes (5%) presentaron insuficiencia aórtica moderada al año sin progresión posterior. 2 pacientes (2%) desarrollaron insuficiencia aórtica severa al año y ambos fueron reintervenidos.

Conclusiones: Aunque tras la cirugía del reimplante de la válvula aórtica según la técnica de David es frecuente la presencia de una insuficiencia aórtica ligera, es poco probable que progrese de grado en los próximos 5 años y no debería ser interpretada como un fallo en la reparación valvular. Por ello, sugerimos que la insuficiencia aórtica ligera no debería ser considerada como una disfunción no estructural de la válvula, como indican las Guías clínicas de 2008. Se requiere un seguimiento a largo plazo (10-15 años) para comprobar el papel de la insuficiencia aórtica ligera tras esta intervención.

Comentario

En el presente manuscrito, el grupo de Stanford analiza si la presencia de insuficiencia aórtica ligera tras la cirugía de reimplante valvular según la técnica de David-V puede condicionar la durabilidad de la reparación. El estudio lo realizan en los 96 pacientes que han completado un seguimiento ecocardiográfico anual y a los 5 años de la intervención (corresponde al 62% de su serie de

154 pacientes intervenidos con esta técnica). Destacaríamos fundamentalmente 2 hechos: primero, que en un porcentaje muy alto de pacientes (43%, $n = 41$) se objetivó una insuficiencia aórtica ligera en el ecocardiograma realizado al año de la intervención y, segundo, que, a pesar de esto, en el 85% de pacientes ($n = 35$) esta insuficiencia aórtica no progresa de grado en los siguientes 5 años. Por tanto, en principio la presencia de una insuficiencia aórtica ligera durante el seguimiento de estos pacientes, como también otros autores han apuntado se debe considerar como algo benigno.

Pero antes de valorar el impacto que este hallazgo puede tener en la determinación de las variables predictivas de fallo en la reparación valvular, hay que hacer algunas consideraciones. La serie no es muy numerosa, ya que de los 154 pacientes en los que se realizó esta técnica solo se incluyó a los 96 que completaron un seguimiento a 5 años. La edad media es baja, de 38 años, solo un 15% de los pacientes presentaba una insuficiencia aórtica preoperatoria grado III-IV, el 41% tenía síndrome de Marfan (habitualmente los velos tienen una morfología normal) y el 31% válvula aórtica bicúspide. Aunque el porcentaje de pacientes en los que se realizó reparación valvular es elevado (51%), prácticamente en todos la técnica empleada fue la plicatura central del borde libre, no requiriéndose resecciones parciales de velo ni reconstrucciones más complejas. Por tanto, los datos demográficos e intraoperatorios apuntan a una población con poca afectación valvular, por lo que los resultados obtenidos no se pueden generalizar en otros subgrupos con anatomía de la válvula aórtica más desfavorable.

La discusión del manuscrito es recomendable y no solo analiza la influencia de la insuficiencia aórtica ligera en el seguimiento, sino que revisa otros aspectos como el papel de la reparación valvular, la influencia de la válvula aórtica bicúspide, el impacto de las conectivopatías o del diámetro preoperatorio del anillo aórtico. Aunque sujeto a controversia, la mayoría de autores coinciden en que la reparación valvular concomitante¹, la presencia de una válvula bicúspide², el síndrome de Marfan² o un tracto de salida aortoventricular dilatado³ no condicionan la durabilidad de la reparación.

Con respecto a las conclusiones, no creo que con las limitaciones que tiene este estudio se deba recomendar un cambio en las actuales Guías clínicas⁴ para excluir la insuficiencia aórtica ligera como una disfunción no estructural. Además, aunque es cierto que el comportamiento de la insuficiencia aórtica ligera ha sido benigno, otros estudios no lo corroboran⁵ y se requeriría contrastarlo en otras series con mayor número de pacientes y con un seguimiento más prolongado.

Bibliografía

1. David TE, Armstrong S, Manlbiot C, McCrindle BW, Feindel CM. Long term results of aortic root repair using the reimplantation technique. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2013;145:S22–5.
2. Kvitting JP, Kari FA, Fischbein MP, Liang DH, Beraud AS, Stephen EH, et al. David valve sparing aortic root replacement: Equivalent mid-term outcomes for different valve types with or without connective tissue disorder. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2012;145:117–26.
3. Forteza A, Centeno J, López MJ, Sánchez V, Perez E, López B, et al. Should aortic valve reimplantation be offered to patients with a large aorto-ventricular junction? *Eur J Cardio-Thor Surg.* 2013;43(5), pe1302013 doi:10.1093/ejcts/ezt052.

4. Akins CW, Miller DC, Turina MI, Kouchoukos NT, Blackstone EH, Grunkemeier GL, et al., STS; AATS; EACTS. Guidelines for reporting mortality and morbidity after cardiac valve interventions. *Ann Thorac Surg.* 2008;85(4):1490-5.
5. Hanke T, Charitos EI, Stierle U, Robinson D, Gorski A, Sievers HH, et al. Factors associated with the development of aortic valve regurgitation over time after two different techniques of valve-sparing aortic root surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2009;137:314-9.

Alberto Forteza Gil

Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario 12 de Octubre,
Madrid, España

Correo electrónico: apforteza@yahoo.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2014.03.008>

Ensayo aleatorizado del cierre de orejuela izquierda vs varfarina para la prevención de accidentes cerebrovasculares tromboembólicos en pacientes con fibrilación auricular no relacionada con valvulopatía. Estudio PREVAIL

Final results of randomized trial of left atrial appendage closure versus warfarin for stroke/thromboembolic prevention in patients with non-valvular atrial fibrillation (PREVAIL)

Holmes DR, Doshi S, Kar S, Sanchez J, Swarup V, Whisenant B, et al. en nombre de los investigadores del estudio PREVAIL. Congreso de la Sociedad Americana de Cardiología. 2013. San Francisco. Disponible en: http://solaci.org/en/david_holmes_acc2013.php

Introducción

Los pacientes con fibrilación auricular (FA) presentan 5 veces más riesgo de accidentes cerebrovasculares (ACV), menor supervivencia y mayor riesgo de recurrencia de eventos cerebrales embólicos durante el primer año de seguimiento. Hasta un 40% tienen contraindicaciones para el tratamiento crónico con anticoagulantes orales (ACO) debido a hemorragia o por antecedentes de traumatismo previos. Además, en pacientes con FA no asociada a valvulopatía, hasta el 91% de los émbolos de origen cardíaco se localizan en la orejuela izquierda (OI). El dispositivo autoexpandible WATCHMAN se diseñó para ocluir de manera percutánea la OI e impedir los eventos tromboembólicos de causa cardíaca en pacientes con FA.

Métodos

Se realizó un estudio multicéntrico de no inferioridad que incluyó a 475 pacientes con FA no asociada a valvulopatía y un CHADS igual o superior a 2. Fueron aleatorizados (2:1) para la implantación de un dispositivo de oclusión de orejuela WATCHMAN o para tratamiento con ACO de manera convencional. El propósito del estudio consistió en evaluar la seguridad y eficacia del dispositivo, así como la existencia de muerte, ACV y complicaciones que requirieran de procedimientos quirúrgicos o endovasculares en un período de seguimiento de 18 meses. Se compararon los resultados con el estudio PROTECT AF.

Resultados

Se consideró la implantación como satisfactoria en un 95,1%. En un 4,4% de pacientes se registraron los siguientes eventos: perforación cardíaca, taponamiento cardíaco, ACV isquémico y embolización del dispositivo (inferior al estudio previo PROTECTAF, donde se registraron estos eventos en el 8,7% de los

pacientes). Los resultados cumplieron los criterios para que fuera considerado de no inferioridad en relación con el tratamiento con ACO (95% IC < 0,0275%).

Conclusiones

El dispositivo WATCHMAN se puede implantar de manera segura en pacientes de alto riesgo y los resultados confirman los obtenidos en el estudio PROTECT AF, en el sentido de que este dispositivo es útil para la reducción de ACV en pacientes con alto riesgo a los 18 meses de la implantación.

Comentario

En el estudio PROTECT AF publicado hace unos años¹, se aleatorizaba por primera vez a pacientes con FA de etiología no valvular en 2 grupos: implantación del dispositivo WATCHMAN o tratamiento con ACO. En dicho trabajo se concluía que el dispositivo no era inferior a los pacientes tratados con ACO en la prevención de nuevos ACV. Sin embargo, se informaba de la existencia de un alto (y preocupante) porcentaje de eventos adversos, sobre todo derrames pericárdicos que necesitaban de pericardiocentesis o drenaje quirúrgico (4,8%). Posteriormente se publicaron los resultados de la continuación de este estudio, en los que se observa un descenso de las complicaciones, atribuido por los autores a la curva de aprendizaje².

En el último congreso de la Sociedad Americana de Cardiología, se dieron a conocer los resultados del estudio PREVAIL. En su diseño, a diferencia del PROTECT AF, los pacientes incluidos presentaban un CHADS superior o igual a 2 (en el otro se incluía a pacientes con un valor igual o superior a 1, motivo por el cual el artículo había recibido algunas críticas), y un mayor porcentaje de pacientes con ACV previo. En los resultados se documentó una reducción de las perforaciones a causa de la implantación (de 1,6% en el PROTECT AF a un 0,4% en el PREVAIL), así como una disminución en el número de derrames pericárdicos con compromiso diastólico (del 2,4 al 1,5%, respectivamente). En relación con los ACV que tenían lugar en el momento de la implantación, se observó una reducción de los mismos (del 1,1 al 0,4%), sin que se modificase el porcentaje de pacientes en los que el WATCHMAN embolizaba (menos del 1%). Teniendo en cuenta la eficacia del dispositivo para evitar ACV debido a émbolos originados en cavidades cardíacas o muertes no explicadas, los autores concluyen que el estudio PREVAIL presenta un porcentaje inferior a otros estudios realizados en pacientes tratados exclusivamente con ACO a los 18 meses de seguimiento.

Con estos datos, parece que los tapones de OI «llegan para quedarse», sobre todo gracias al hecho incontestable de que evitan una intervención quirúrgica. Además, los resultados de las orejuelas cerradas quirúrgicamente son desalentadores. Hay trabajos que demuestran que no siempre se consigue la exclusión completa de la OI cuando esta se ocluye de manera concomitante a una cirugía de la válvula mitral. De hecho, según publicaron Kanderian et al.³, se sabe que hasta un 60% de las orejuelas cerradas quirúrgicamente presentan una oclusión incompleta o mantienen un fondo



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es