

Editorial

Reparación mitrotricúspide en la enfermedad valvular reumática



Mitro-tricuspid repair in rheumatic valve disease

Manuel J. Antunes

Centro de Cirugía Cardiorrédica, Hospital de la Universidad e Facultad de Medicina, Coimbra, Portugal

En este número de CIRUGÍA CARDIOVASCULAR, Lorena Díez-Solórzano y sus colegas analizan una serie muy antigua de reparación de la válvula mitral y tricúspide simultánea con el anillo de anuloplastia flexible de Duran en 122 pacientes con enfermedad valvular reumática, operados desde 1974 hasta 1999 en Santander. La mayoría de las operaciones se realizaron en los primeros 10 años, probablemente la mayoría de ellas por Carlos Durán, un gran pionero español¹. El seguimiento se extendió de 11 a casi 40 años, con una media de 26,8 años, completa para el 99,8% de los pacientes, un logro importante para una tan antigua serie, con lo que es probablemente la más grande y más extensa serie publicada hasta el momento. Parte de estos resultados ya habían sido publicados antes por el mismo grupo de trabajo².

La mayoría de los pacientes presentaban estenosis de la válvula mitral y regurgitación de la válvula tricúspide. Cuando fue iniciada esta serie, la cirugía era el único tratamiento para esta enfermedad, casi exclusivamente de origen reumático. Entonces la comisurotomía mitral cerrada era utilizada casi exclusivamente para el tratamiento de válvulas flexibles con ninguna regurgitación o regurgitación vestigial, y la valvuloplastia percutánea con balón llegó mucho más tarde. El resto fueron tratados mediante cirugía abierta, ya sea por sustitución de la válvula ya mediante valvuloplastia.

En esta serie, la comisurotomía se complementa con una anuloplastia con anillo Duran flexible. Ahora sabemos que el uso de un anillo completo en estas válvulas puede condicionar un grado residual de estenosis mitral, especialmente si las valvas están engrosadas, que es el caso más frecuente. Personalmente, he tratado de evitar el anillo siempre que me fuese posible, a veces utilizando una anuloplastia posterior con sutura. Por desgracia, el presente informe no proporciona información suficiente para permitir una evaluación correcta de las características anatómicas y patológicas de las válvulas, pero sabemos que muchas de las válvulas también tenían regurgitación significativa, con lo que el uso de un anillo era inevitable. Naturalmente, un grado residual de estenosis de la válvula puede influir en el resultado a largo plazo.

La afectación de la válvula tricúspide, por lo general con regurgitación (TR), puede ser de 2 formas: primaria, que se asocia comúnmente a un cierto grado de estenosis que resulta de la fusión de las comisuras; y secundaria (funcional), consecuencia de la dilatación aislada del anillo tricúspide, por lo general asociada a dilatación del ventrículo derecho. La anuloplastia tricúspide, con comisurotomía cuando se justifica, es el tratamiento recomendado. Una vez más, el enfoque de la TR, especialmente en la forma secundaria, ha evolucionado con el tiempo. Si bien inicialmente solo era

tratada la TR grave, recientemente hay una actitud más agresiva que recomienda anuloplastia para todos los pacientes con un anillo tricúspide dilatado ($> 40 \text{ mm}$ o 21 mm/m^2)³. Por lo tanto, podemos suponer que, en la serie actual, la mayoría de los pacientes tenían TR secundaria grave, algunos con estenosis.

El método de la anuloplastia tricúspide es todavía objeto de debate. En el momento en el que esta serie comenzó, Norberto de Vega, otro de los grandes pioneros españoles, había descrito la técnica de sutura que lleva su nombre⁴, que todavía se lleva a cabo por muchos cirujanos de todo el mundo, incluyendo este comentarista y, al parecer, también por el grupo de Santander. En 1983, mi colega, el Dr. R. Girdwood, de Johannesburgo, Sudáfrica, y yo mismo, describimos una modificación de la técnica de de Vega⁵ que pretendía evitar el síndrome de la cuerda de guitarra, que había marcado la técnica original, y que consiste en la interposición de parches de teflón a través de la longitud de la sutura. En mi experiencia, esta anuloplastia de de Vega modificada, que se ha utilizado en más de 1.500 pacientes, ha demostrado un buen funcionamiento en los casos de regurgitación secundaria, mientras que las formas primarias exigen el uso de un anillo.

El uso de un anillo fue iniciado por Duran y Carpentier, respectivamente, con los formatos flexibles y rígidos. Muchos grupos han afirmado la superioridad de los anillos en lugar de suturas^{6,7}, pero otros no encontraron diferencias⁸. Los resultados más mediocres con la técnica de de Vega pueden muy bien ser debidos al uso inapropiado de la técnica que es, paradójicamente, menos estandarizada que la implantación del anillo. Como se indicó anteriormente, creemos que los anillos están particularmente indicados en los casos de enfermedad tricúspide orgánica.

Los resultados publicados en el estudio de Díez-Solórzano et al. son, en sus propias palabras, bastante decepcionantes, pero pueden ser engañosos. Hay que verlos en el contexto histórico. Al final del seguimiento, solo 22 pacientes (18% del total) estaban vivos y la mitad de ellos estaban en clase funcional III o IV, es decir, con necesidad de una reintervención, que se sumaría a los 46 pacientes (37,7%) que requirieron reoperación durante el período de estudio. Pero la supervivencia a los 30 años de menos del 20% es demasiado baja para una población con una edad media de 45 años en el momento de la operación, especialmente cuando se compara con la supervivencia del 75% en la población general emparejada por edad y sexo. Sin embargo, no sé de ninguna serie de pacientes reumáticos con una supervivencia similar a la de la población general, independientemente del método de tratamiento.

Entonces, ¿cuáles son los factores que influyen en estos resultados tan pobres a largo plazo? La imparable evolución del proceso reumático, especialmente en los pacientes más jóvenes, condiciona el funcionamiento de la válvula después de la reparación. Esta es la razón por la que muchos cirujanos prefieren reemplazar la válvula

Correo electrónico: antunes.cct.huc@sapo.pt

mitral en casos de patología reumática, pero no sé de ninguna serie que demuestre una mejor supervivencia después de la sustitución de la válvula mitral, siendo la única ventaja de este procedimiento la necesidad significativamente menor de reintervención, lo que es característico de la reparación mitral.

La evolución del proceso reumático obliga a un seguimiento cuidadoso de los pacientes y el retorno a la cirugía cuando se vuelven sintomáticos. En este sentido, la serie presentada aquí deja mucho que desear, a juzgar por los 11 pacientes severamente sintomáticos que esperan cirugía. Solo puedo esperar que esto se haya resuelto desde el final del estudio.

El segundo factor es la TR, especialmente orgánica, asociada en todos los pacientes incluidos en la serie. Es bien sabido que la regurgitación tricúspide, incluso cuando se trata con éxito, tiene un impacto negativo en la supervivencia, también independientemente del método de tratamiento⁹. Esta condición se asocia comúnmente a la dilatación y a algún grado de disfunción del ventrículo derecho, que también es un factor de peor supervivencia, como se ha demostrado en muchos estudios¹⁰.

Un factor preocupante en esta serie es la tasa de mortalidad de casi un 20% tras la reintervención, lo que los autores consideran normal en «reoperaciones después de la reparación valvular tricúspide». Esta mortalidad puede ser aceptable, dado el componente histórico de la serie, pero mi experiencia más reciente indica que este tipo de cirugía se puede realizar con una morbilidad mucho menor y más aceptable. Cuando sea necesario, la reoperación se debe realizar más pronto que tarde y precedida por una optimización clínica del paciente.

Los autores también encontraron que una comisurotomía cerrada previa es un factor de riesgo de mortalidad hospitalaria y alertan de las posibles consecuencias de la comisurotomía percutánea en este sentido. Yo no solo creo que las 2 intervenciones no se pueden comparar, pero tampoco tengo tal experiencia negativa en pacientes sometidos previamente a comisurotomía cerrada. De hecho, hemos registrado una morbilidad similar en los casos que ya hemos tenido que operar en similares circunstancias. Además, en los últimos 20 años, hemos operado a 61 pacientes que tenían una comisurotomía mitral con balón previa, y hemos sido capaces de reparar la válvula en el 62% de los casos, sin

mortalidad para el grupo completo (serie actualmente considerada para publicación).

En conclusión, estoy de acuerdo con la declaración final de los autores de que «la enfermedad reumática es incurable y que el tratamiento quirúrgico es simplemente paliativo, como la mayoría de los procedimientos de cirugía cardíaca. No obstante las lesiones orgánicas de las válvulas mitral y tricúspide de etiología reumática se pueden reparar satisfactoriamente, con resultados probablemente superiores al recambio por una prótesis, según nuestra propia experiencia y la de otros autores».

La mía incluida.

Bibliografía

1. Díez-Solórzano L, Pontón A, Sarraide JA, Gutiérrez JF, García I, Bernal JM. Resultados a muy largo plazo de la reparación mitrotricúspidea en la enfermedad reumática con anuloplastia de Duran. *Cir Cardiovasc*. 2014;21:166–70.
2. Bernal JM, Pontón A, Díaz B, Llorca J, García I, Sarraide JA, et al. Combined mitral and tricuspid valve repair in rheumatic valve disease: Fewer reoperations with prosthetic ring annuloplasty. *Circulation*. 2010;121:1934–40.
3. Vahanian A, Alfieri O, Andreotti F, Antunes MJ, Barón-Esquivias G, Baumgartner H, et al. Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012): the Joint Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur J Cardiothorac Surg*. 2012;42:S1–44.
4. De Vega NG. La anuloplastia selectiva, regulable y permanente. Una técnica original para el tratamiento de la insuficiencia tricúspide. *Rev Esp Cardiol*. 1972;25:555–6.
5. Antunes MJ, Girdwood RW. Tricuspid annuloplasty: a modified technique. *Ann Thorac Surg*. 1983;35:676–8.
6. Guenther T, Mazzitelli D, Noebauer C, Hettich I, Tassani-Prell P, Voss B, et al. Tricuspid valve repair: Is ring annuloplasty superior? *Eur J Cardiothorac Surg*. 2013;43:58–65.
7. Khorsandi M, Banerjee A, Singh H, Srivastava A-R. Is a tricuspid annuloplasty ring significantly better than a De Vega's annuloplasty stitch when repairing severe tricuspid regurgitation? *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2012;15:129–35.
8. Rivera R, Duran E, Ajuria M. Carpentier's flexible ring versus De Vega's annuloplasty. A prospective randomized study. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1985;89:196–203.
9. Fukunaga N, Okada Y, Konishi Y, Murashita T, Kanemitsu H, Koyama T. Impact of tricuspid regurgitation after redo valvular surgery on survival in patients with previous mitral valve replacement. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jtcvs.2013.08.089>, pii: S0022-5223(14)00006-3.
10. Yiu KH, Wong A, Pu L, Chiang MF, Sit KY, Chan D, et al. Prognostic value of preoperative right ventricular geometry and tricuspid valve tethering area in patients undergoing tricuspid annuloplasty. *Circulation*. 2014;129:87–92.



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es