

Editorial

Reparación mitral con anillos asimétricos. Técnica de referencia para tratar la insuficiencia mitral isquémica crónica



Mitral valve repair with asymmetric rings. The reference standard to treat chronic mitral insufficiency

José Ignacio Sáez de Ibarra Sánchez

Sección de Cirugía de Reparación Valvular, Hospital Universitario de Son Espases, Palma de Mallorca (Baleares), España

La insuficiencia mitral isquémica está presente hasta en un 28% de los pacientes tratados mediante una revascularización coronaria¹. En un tercio de ellos será relevante y se debe valorar una intervención concomitante en la válvula mitral. Esta actuación tiene implicaciones pronósticas importantes y existe controversia sobre los beneficios para el paciente a largo plazo. Esto ha sido debatido varias veces en nuestra revista^{2–6}. Estudios aleatorizados para valorar los beneficios de su corrección simultánea durante la revascularización son escasos. Los resultados son frecuentemente poco concluyentes y, en algunos casos, contradictorios con una heterogeneidad en las técnicas y resultados muy amplia. El estudio RIME⁷ demuestra una mejora en la clase funcional con un remodelado positivo del ventrículo izquierdo (ecografía y RMN cardíacas), así como una disminución de marcadores biológicos de insuficiencia cardíaca. El trabajo de Fattouch⁸ mostró resultados similares. Sin embargo, no hay evidencia sobre beneficio en la supervivencia a medio y largo plazo en este grupo de pacientes con cicatrices postinfarto.

Más recientemente, un estudio aleatorizado americano que compara la sustitución de la válvula mitral mediante prótesis vs. cirugía conservadora, anima aún más el debate y hace dudar sobre la estabilidad de la reparación mitral en este grupo de pacientes⁹.

La insuficiencia mitral isquémica es un proceso dinámico¹⁰. En la mayoría de las series, resulta difícil clasificar correctamente a los pacientes en términos de cronicidad, severidad y remodelado del ventrículo izquierdo¹¹. Esta relación de variables clínicas y ecocardiográficas son primordiales para determinar el éxito a corto y medio plazo de la cirugía reparadora sobre la válvula mitral.

En este contexto, la serie publicada en el presente número por el servicio de cirugía cardíaca del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña¹² aporta contribuciones muy interesantes.

Se trata de 90 pacientes con insuficiencia mitral isquémica crónica (IMIC) a quienes se realiza una anuloplastia sobrecorrectora en el momento de la revascularización coronaria. Están bien definidos y seleccionados, aunque es difícil excluir pacientes con IM subagudas, ya que casi el 70% de los pacientes tuvieron un síndrome coronario agudo antes del primer mes de la cirugía y no sabemos el tiempo transcurrido entre el evento isquémico y el estudio ecocardiográfico. Se ha utilizado una técnica quirúrgica metódica utilizando anillos asimétricos IMR ETlogix®, con un análisis de resultados clínicos y de predictores ecocardiográficos de recidiva.

En este manuscrito hay que resaltar varios puntos importantes. Tal vez el más importante sean los buenos resultados quirúrgicos con una mortalidad semejante a pacientes coronarios revascularizados de forma aislada, descartando, así, que se haya penalizado a los pacientes con IM moderada al actuar sobre la válvula. Estos resultados se pueden ver en otras series¹³, aunque las cifras esperadas de mortalidad según la selección de pacientes pueden llegar al 3 o 4%¹⁴. El resto de las complicaciones postoperatorias están dentro del rango bajo de lo esperado, exceptuando la tasa de complicaciones neurológicas.

Si analizamos las diferentes variables preoperatorias, observamos que los pacientes intervenidos en esta serie presentan en su mayoría el perfil idóneo del «buen candidato» a la cirugía reparadora con IMC: 65 años, FEVI media 43%, IM II-III: 75%, DTSVI medio de 45 mm; sin embargo, están penalizados por una comorbilidad importante (NHYA avanzada, IAM reciente, vasculopatía). Se interpreta una tendencia a implantar anillos pequeños. El tamaño de anillo utilizado más frecuentemente fue 28 mm. Anillos más pequeños deben ser excepcionales en pacientes de corpulencia corriente. Los gradientes postoperatorios están en el rango alto de lo esperado. No conocemos su impacto a distancia. La norma debe ser 28–30.

El estudio ecocardiográfico busca definir criterios pronósticos desfavorables a largo plazo. Iglesias describe claramente como aquellos factores que favorecen un incremento de la *tethering*: área y altura de *tethering*, diámetros y volúmenes ventriculares, altura de coaptación de los velos respecto al anillo mitral y ángulo que forman el velo posterior y el velo anterior con el plano anular valvular mitral. En su análisis, describe como factor predictor preoperatorio de recidiva la altura de *tethering* de 10,4 mm. Esto es un marcador que busca reflejar el estado global del ventrículo, pero no siempre es el caso. Existen ecografías con H de *tethering* de 10 mm sin IM. Por lo tanto, es importante tener en cuenta el resto de los criterios descritos (grado de disfunción, cicatrices, volúmenes...). En los comentarios hacen suya una frase interesante: «Una inapropiada selección de pacientes en el grupo sometido a reparación puede propiciar la obtención de mejores resultados en el grupo sometido a sustitución valvular»¹⁵. En esta serie el porcentaje de pacientes con IM moderada es importante comparado con series americanas. Esto se explica en parte por diferentes criterios para indicar la intervención. El debate sobre la IM moderada siempre está presente².

El trabajo de Iglesias es importante, sobre todo, porque con un seguimiento medio de 5 años muestra una tasa de recidiva del 10% (65% de pacientes están vivos), con indicadores claros de un efecto

Correo electrónico: ji.saezdeibarra@ssib.es<http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2017.03.001>1134-0096/© 2017 Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

benéfico de la anuloplastia en los marcadores de remodelado ventricular. Quizás esos 9 pacientes con recidiva son aquellos en los que se puede plantear un recambio valvular. Parece prudente adaptar la indicación a cada paciente en función del riesgo quirúrgico y la experiencia del operador.

En todo caso, se deduce que en un servicio experto y con volumen, los pacientes con IMIC en los que se debe indicar un recambio valvular, serán 1 o 2 por año.

Conclusión La anuloplastia mitral sobrecorrectora con anillos asimétricos es el método de elección para la mayoría de los pacientes tratados mediante revascularización coronaria con insuficiencia mitral establecida de origen isquémico. Es una técnica sencilla, con una tasa de complicaciones aceptable en manos de cirujanos preparados; y como lo muestra la serie de La Coruña, la tasa de recidiva de la IMI es baja en pacientes correctamente seleccionados.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Bursi F, Enriquez-Sarano M, Nkomo VT, Jacobsen SJ, Weston SA, Meverden RA, et al. Heart failure and death after myocardial infarction in the community: The emerging role of mitral regurgitation. *Circulation*. 2005;111:295–301.
2. Sáez de Ibarra Sánchez JI. ¿Se debe corregir la insuficiencia mitral isquémica moderada durante la cirugía coronaria? *Cirugía Cardiovasc*. 2014;21:49–56.
3. Revuelta JM. Cirugía de la insuficiencia mitral isquémica funcional. *Cirugía Cardiovasc*. 2005;12:325–30.
4. Lima Cañadas PP. La insuficiencia mitral isquémica crónica en cirugía coronaria. *Cirugía Cardiovasc*. 2017;24:273–7.
5. Rodríguez-Roda J, Ruiz M, Rodríguez-Abella H, Cuerpo G, Donado A, Pita A, et al. Situaciones especiales. Insuficiencia mitral isquémica. *Cirugía Cardiovasc*. 2010;17:337–44.
6. Durán D, Lugo J, Montoto J, Casais R. El tratamiento quirúrgico de la insuficiencia mitral isquémica. *Cirugía Cardiovasc*. 2011;18:309–17.
7. Chan KMJ, Punjabi PP, Flather M, Wage R, Symmonds K, Roussin I, et al. Coronary artery bypass surgery with or without mitral valve annuloplasty in moderate functional ischemic mitral regurgitation: Final results of the Randomized Ischemic Mitral Evaluation (RIME) trial. *Circulation*. 2012;126:2502–10.
8. Fattouch K, Guccione F, Sampognaro R, Panzarella G, Corrado E, Navarra E, et al. POINT: Efficacy of adding mitral valve restrictive annuloplasty to coronary artery bypass grafting in patients with moderate ischemic mitral valve regurgitation: A randomized trial. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2009;138:278–85.
9. Goldstein D, Moskowitz AJ, Gelijns AC, Ailawadi G, Parides MK, Perrault LP, et al. Two-year outcomes of surgical treatment of severe ischemic mitral regurgitation. *N Engl J Med*. 2015;374:344–53.
10. Lancellotti P, Gérard PL, Piérard LA. Long-term outcome of patients with heart failure and dynamic functional mitral regurgitation. *Eur Heart J*. 2005;26:1528–32.
11. Lorusso R, Gelsomino S, Vizzardi E, D'Aloia A, De Cicco G, Lucà F, et al. Mitral valve repair or replacement for ischemic mitral regurgitation? The Italian Study on the Treatment of Ischemic Mitral Regurgitation (ISTIMIR). *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2014;145:128–39.
12. Iglesias-Gil C, Estévez-Cid F, González-Barbeito M, Alvarez N, Cuenca-Castillo JJ. Anillo mitral asimétrico en la corrección de la insuficiencia mitral isquémica crónica: resultados clínicos y predictores ecocardiográficos de recidiva. *Cirugía Cardiovasc* n.d.
13. Padrol D, Sáez de Ibarra JI, Barril R, Enríquez F, Tarrio R, Vidal L, et al. Anillo asimétrico IMR para la corrección de la insuficiencia mitral isquémica. *Cirugía Cardiovasc*. 2012;19:178, 270.
14. Iglesias Gil C, Estévez Cid F, Bouzas Mosquera A, Velasco C, Fernández L, García M, et al. Reparación de la insuficiencia mitral isquémica mediante anuloplastia específica Carpentier-McCarthy-Adams Imr Etlogix: 6 años de experiencia en nuestro centro. *Cirugía Cardiovasc*. 2012;19:173.
15. Díaz R, Hernandez-Vaquero D, Khalpey Z, Morís C. Mitral valve repair versus replacement for ischemic mitral regurgitation: Controversy remains alive - letter 2. *Ann Thorac Surg*. 2017;99:1490.



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es