COMENTARIO EDITORIAL

VALVULOPATÍA MITRAL: LA IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN OPORTUNA

MITRAL VALVULOPATHY: THE IMPORTANCE OF EARLY INTERVENTION

Sebastián Vélez, MD.[1]

La regurgitación mitral es la segunda enfermedad valvular que requiere cirugía en Europa (la primera es la estenosis aórtica), con buenos resultados si se elige el momento adecuado y se realiza en centros de experticia. En términos generales, los resultados con reparación de la válvula son mejores que los de reemplazo valvular; la mortalidad luego de cirugía es de alrededor del 2% cuando se hace reparación de la válvula sin revascularización miocárdica, y del orden del 4% al 8% cuando se hace reemplazo valvular aislado (1). La mortalidad varía de manera significativa entre diferentes estudios. En un estudio retrospectivo de 575 centros de Norte América, el volumen de intervenciones del hospital se relacionó con mayor número de procedimientos de reparación de la válvula y con menor mortalidad ajustada (2).

En este número de la revista, Ríos y Correa presentan los resultados del tratamiento quirúrgico de la enfermedad valvular mitral en su institución, en un lapso un poco mayor a cuatro años. Del total de enfermos atendidos, las tres cuartas partes correspondieron a pacientes con regurgitación mitral. En este grupo de pacientes, la mortalidad global fue del 30%, la mayoría de ellas en el primer mes, cifra elevada comparada con otras descripciones en la literatura (en el análisis de un grupo grande de pacientes sometidos a cirugía valvular entre los años 1993 a 2007 en Norteamérica, la mortalidad general promedio por cirugía valvular mitral fue de 6,9%, habiendo disminuido de 8,3% en los primeros cuatro años a 5,8% en los últimos cuatro) (3). En el estudio no se indica el número de pacientes excluidos del análisis, y se desconoce si el haberlos incluido hubiera cambiado en algo la distribución de valvulopatías y los resultados. De acuerdo con las tablas de distribución por diagnóstico, varios pacientes presentaban múltiples diagnósticos. Aunque la tabla de distribución de la mortalidad (tabla 7) es difícil de interpretar pues parece agrupar individuos con varios diagnósticos, el mayor número de pacientes fallecidos corresponde también a la regurgitación mitral, aunque si se observan los porcentajes, la mortalidad de enfermos con regurgitación mitral y estenosis mitral está alrededor de 30% para ambos grupos. Como era de esperarse, los hallazgos de disfunción ventricular y dilatación auricular izquierda (indicios de cronicidad y severidad de la enfermedad valvular) se asociaron con mayor mortalidad (aunque en este estudio no fue un factor pronóstico claro). En la distribución de pacientes de acuerdo con el tipo de procedimiento (tabla 3), llama la atención el bajo número de plastias valvulares realizado, y al parecer todas ellas acompañando el procedimiento de revascularización miocárdica, sugestivo, tal vez, de una etiología isquémica para la insuficiencia de la válvula; no parece haber habido ningún caso de plastia valvular mitral aislada. La mejoría clínica, manifestada como un cambio en el estado funcional (pasar de una clase funcional NYHA alta a una menor) concuerda con lo esperado en los sobrevivientes.

Los autores encuentran que, aunque se presenta un cambio positivo significativo en la capacidad funcional de los pacientes, ello no se correlaciona con cambios ecocardiográficos favorables. No se indica el tiempo transcurrido entre la intervención quirúrgica y el estudio de control, pero es posible que éste haya sido en un tiempo muy corto después de la intervención, y dependerá también en parte del tipo de valvulopatía y la severidad de la misma; se espera que algunos cambios ecocardiográficos (ej. tamaño de la aurícula izquierda) regresen menos que otros (tales como fracción de eyección, tamaño de la cavidad ventricular).

(1) Hospital Pablo Tobón Uribe y Clínica SOMA, Medellín. Colombia.

Correspondencia: Dr. Sebastián Vélez, correo electrónico: velezg@une.net.co

Recibido: 08/05/2013. Aceptado: 20/05/2013.

Vol. 20 No. 2
ISSN 0120-5633

Las guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad valvular recomiendan tratamiento quirúrgico en pacientes con regurgitación mitral severa primaria (degenerativa), en pacientes sintomáticos (clase I), en pacientes con fracción de eyección menor de 60% y dilatación ventricular izquierda -diámetro sistólico final de 45 a 55 mm (clase I), en pacientes asintomáticos con fibrilación auricular, y en pacientes asintomáticos con presión sistólica arterial pulmonar mayor de 50 mm Hg en reposo o mayor de 60 mm Hg post-ejercicio (clase IA). Es de anotar que la mayoría de estas recomendaciones tiene nivel de evidencia C (basado en consenso de expertos) (1, 4).

La regurgitación mitral de origen isquémico crónico es una entidad de mal pronóstico (la mortalidad quirúrgica es mayor, el pronóstico a largo plazo es menos favorable) y se trata de manera diferente a la regurgitación mitral primaria (5); su origen y el mecanismo de producción de la regurgitación también son diferentes.

La decisión quirúrgica más compleja es la del paciente asintomático con regurgitación mitral severa y función sistólica preservada, donde las recomendaciones no son tan claras. En el estudio de Rosenhek y colaboradores se siguieron de cerca 132 pacientes asintomáticos con regurgitación mitral severa de origen degenerativo por un período un poco mayor de cinco años, durante el cual encontraron que el tratamiento quirúrgico puede esperar hasta la aparición de síntomas o cualquiera de los indicadores de alto riesgo (dilatación ventricular, deterioro de la función ventricular -de acuerdo con los puntos de corte establecidos-, la aparición de hipertensión pulmonar), con buen resultado operatorio y postoperatorio (6). Por su parte, en el estudio de Enríquez-Sarano y colaboradores, la mortalidad a cinco años fue de 42% para los pacientes con regurgitación mitral severa (7); aquellos con regurgitación mitral menos severa también pueden beneficiarse de cirugía más temprana. Suri y colaboradores evaluaron un grupo de 204 pacientes con prolapso valvular mitral y regurgitación no-tan-severa, y observaron que más de la mitad de ellos desarrolló disfunción ventricular o empeoramiento de la regurgitación a pesar de tratamiento médico adecuado, y que la función ventricular podía deteriorarse progresivamente incluso sin aumento en la magnitud de la regurgitación (8).

Ya que la disfunción ventricular, la hipertensión pulmonar o la fibrilación auricular podrían no regresar después de la intervención quirúrgica, se plantea la posibilidad de operar a los pacientes antes de que éstos se presenten. Hasta el momento no hay estudios clínicos que den respuesta a esta inquietud. Sin embargo, los estudios muestran la misma tendencia de progresión de la enfermedad, y en general se observa que alrededor de la tercera parte de los pacientes alcanza los objetivos de intervención quirúrgica (deterioro de la función ventricular y demás) en un lapso de unos cinco años. Ello indica también la necesidad de un seguimiento estrecho de estos pacientes, para evitar el deterioro irreversible de la función cardíaca. Una vez el paciente tiene alguna de las indicaciones de tratamiento quirúrgico descritas arriba, la cirugía debe llevarse a cabo lo más pronto posible. En un grupo de 481 pacientes con regurgitación mitral severa que cumplían con al menos uno de los criterios de intervención, aquellos que fueron intervenidos en los siguientes dos meses después de la evaluación presentaron menor riesgo de muerte que aquellos que fueron intervenidos de manera más tardía (9). Una intervención más temprana probablemente favorecería la realización de mayor número de plastias valvulares quirúrgicas. En todas las series, la reparación de la válvula tiene mejor resultado que cuando la válvula es reemplazada por una prótesis (aunque no existen estudios prospectivos que comparen directamente ambas estrategias).

En centros de excelencia, las metas propuestas para el tratamiento quirúrgico son de menos del 1% de mortalidad operatoria y menos del 5% de reintervención en cinco años (10).

En conclusión, los resultados del estudio de Ríos y Correa sugieren que, en muchos casos, la remisión para el tratamiento quirúrgico de valvulopatía mitral ha sido tardía. Los pacientes con enfermedad valvular mitral, especialmente aquellos con regurgitación moderada y severa, deben ser sometidos a estricto seguimiento por parte de especialistas conocedores de las recomendaciones de las guías para tratamiento quirúrgico, y su remisión, además de oportuna, debe hacerse a centros con adecuada experticia en el tratamiento quirúrgico de estos pacientes, idealmente con posibilidad de realizar plastia valvular en un porcentaje elevado de los casos. La conclusión de los autores, en la que indican que la remisión se hace en etapas avanzadas de la enfermedad, es relevante y constituye un llamado de atención a los encargados de vigilar estos pacientes mientras llega el momento oportuno para la intervención (tampoco se trata de operar a los pacientes de manera muy precoz teniendo en cuenta las morbilidades asociadas a la cirugía cardíaca).

CONFLICTO DE INTERESES: manifiesto no tener conflictos de interés.

Bibliografía

1. *Vahanian A, Alfieri O, Andreotti F, Antunes MJ, Barón-Esquivias G, Baumgartner H, et al. Joint Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC); European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012). Eur Heart J. 2012; 33 (19): 2451-96.*
2. *Gammie JS, O'Brien SM, Griffith BP, Ferguson TB, Peterson ED. Influence of hospital procedural volume on care process and mortality for patients undergoing elective surgery for mitral regurgitation. Circulation. 2007; 115 (7): 881-7.*
3. *Lee R, Li S, Rankin JS, O´Brien SM, Gammie JS, Peterson ED, McCarthy PM, et al. Society of Thoracic Surgeons Adult Cardiac Surgical Database. Ann Thorac Surg. 2011; 91 (3): 677-84.*
4. *Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K, de Leon AC Jr, Faxon DP, Freed MD, et al. Focused update incorporated into the ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease). Circulation. 2008; 118: e523– e661.*
5. *Grigioni F, Enriquez-Sarano M, Zehr KJ, Bailey KR, Tajik AJ. Ischemic mitral regurgitation: long-term outcome and prognostic implications with quantitative Doppler assessment. Circulation. 2001; 103 (13): 1759-64.*
6. *Rosenhek R, Rader F, Klaar U, Gabriel H, Krejc M, Kalbeck D, et al. Outcome of watchful waiting in asymptomatic severe mitral regurgitation. Circulation. 2006; 113 (18): 2238-44.*
7. *Enriquez-Sarano M, Avierinos JF, Messika-Zeitoun D, Detaint D, Capps M, Nkomo V, Scott C, et al. Quantitative determinants of the outcome of asymptomatic mitral regurgitation. N Engl J Med. 2005; 352 (9): 875-83.*
8. *Suri RM, Aviernos JF, Dearani JA, Mahoney DW, Michelena HI, Schaff HV, et al. Management of less-than-severe mitral regurgitation: should guidelines recommend earlier surgical intervention? Eur J Cardiothorac Surg. 2011; 40 (2): 496-502.*
9. *Samad Z, Kaul P, Shaw LK, Glower DD, Velazquez EJ, Douglas PS, et al. Impact of early surgery on survival of patients with severe mitral regurgitation. Heart. 2011; 97 (3): 221-4.*
10. *Bridgewater B, Hooper T, Munsch C, Hunter S, von Oppell U, Livesey S, et al. Mitral repair best practice: proposed standards. Heart. 2006; 92 (7): 939-44.*