

Artículo Especial

Tratamiento quirúrgico e intervencionista de la insuficiencia valvular mitral: revisión del documento de consenso de los Grupos de Trabajo en Cirugía Cardiovascular y Valvulopatías de la Sociedad Europea de Cardiología



Rafael García Fuster

Servicio de Cirugía Cardíaca, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de enero de 2016

Aceptado el 1 de febrero de 2016

On-line el 28 de febrero de 2016

Palabras clave:

Insuficiencia mitral

Reparación valvular mitral

Intervencionismo percutáneo

Ecocardiografía

Keywords:

Mitral insufficiency

Mitral valve repair

Percutaneous coronary intervention

Echocardiography

R E S U M E N

En este documento de consenso de los Grupos de Trabajo en Cirugía Cardiovascular y Valvulopatías de la Sociedad Europea de Cardiología se realiza una puesta al día sobre el manejo más adecuado de los pacientes con insuficiencia valvular mitral. El manuscrito publicado en el mes de enero del 2016 en el *European Heart Journal* recoge los siguientes puntos:

- una enumeración de los principales aspectos clave sobre la evidencia científica referente a este tema;
- la importancia de un abordaje multidisciplinar basado en el «Heart Team»;
- los últimos avances en el diagnóstico de la insuficiencia valvular mitral centrados en las nuevas técnicas de ecocardiografía;
- las actuales recomendaciones de tratamiento médico, quirúrgico o percutáneo de la insuficiencia mitral primaria y secundaria;
- las recomendaciones de seguimiento y valoración de resultados tras los procedimientos terapéuticos y
- las perspectivas de futuro.

A continuación, desarrollamos cada uno de estos apartados.

© 2016 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/>).

Surgical and interventional management of mitral valve regurgitation: Review of a position statement from the European Society of Cardiology Working Groups on Cardiovascular Surgery and Valvular Heart Disease

A B S T R A C T

This consensus document, by the Cardiovascular Surgery and Valvular Diseases Working Group of the European Society of Cardiology, presents an update on the adequate management of patients with mitral valve insufficiency. The document, published in January 2016 in the *European Heart Journal* stresses the following points:

- enumerating the main key aspects on the scientific evidence on this topic;
- the importance of a multidisciplinary approach based on the “Heart Team”;
- the latest advances in the diagnosis of mitral valve insufficiency based on the new echocardiography techniques;
- the current recommendations of the medical, surgical and percutaneous treatment of primary and secondary mitral valve insufficiency;
- recommendations for the follow-up and assessment of the outcomes after the therapeutic procedures, and
- future perspectives.

Each one of these sections is developed in this article.

© 2016 Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L.U.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Correo electrónico: rgfuster@terra.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2016.02.001>

1134-0096/© 2016 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/>).

Introducción

El documento de consenso recientemente publicado por los Grupos de Trabajo en Cirugía Cardiovascular y Valvulopatías de la Sociedad Europea de Cardiología realiza una puesta al día sobre el manejo de los pacientes con insuficiencia mitral¹.

En el mundo occidental, la prevalencia de la insuficiencia mitral se encuentra en torno al 2% en la población general y es incluso más frecuente en ancianos.

Respecto a esta patología valvular deben considerarse 2 grandes grupos: la insuficiencia mitral orgánica (o primaria) y la funcional (o secundaria). La primera suele ser consecuencia de una enfermedad degenerativa y el paciente puede permanecer asintomático durante muchos años. Tradicionalmente, la cirugía se ha diferido hasta la aparición de síntomas o evidencias de descompensación hemodinámica. Pero actualmente, los algoritmos de tratamiento se han modificado debido a los resultados excelentes de la reparación mitral. Se prefiere realizar una estratificación del riesgo y una cirugía temprana cuando las probabilidades de reparación duradera son altas y el procedimiento quirúrgico se realiza por un equipo experimentado con altas tasas de reparación y baja morbilidad operatoria².

Por otra parte, la insuficiencia mitral secundaria tiene un peor pronóstico y sus opciones de tratamiento son más complejas. Entre estas alternativas terapéuticas se encuentra el tratamiento médico óptimo, el marcapasos biventricular, la cirugía valvular (con o sin revascularización), el empleo de asistencias ventriculares o el trasplante cardíaco. La cirugía es más compleja y con unos resultados inferiores que la desarrollada en la insuficiencia mitral primaria. A esto hay que sumar el hecho de que la selección de la técnica quirúrgica más adecuada no está soportada por una evidencia científica de peso.

En los últimos años han aparecido diversos procedimientos percutáneos para el tratamiento de ambos tipos de insuficiencia mitral. El más utilizado es el mitra-clip, que ha ofrecido unos resultados prometedores en grandes registros y en pequeños estudios aleatorizados. Además, se están desarrollando otras alternativas técnicas, como la sustitución mitral percutánea.

El «Heart Team»

Un equipo multidisciplinar (cirujanos cardíacos, cardiólogos intervencionistas, anestesiólogos y especialistas en imagen y en insuficiencia cardíaca) debe evaluar los pros y los contras de los distintos procedimientos de tratamiento en todos los pacientes de alto riesgo con insuficiencia mitral. Debe valorar la relación beneficio-riesgo de cada opción considerando la comorbilidad y las expectativas de vida de cada paciente concreto. En algunos pacientes de muy alto riesgo los beneficios del tratamiento quirúrgico o percutáneo pueden ser mínimos y un tratamiento conservador (y posiblemente paliativo) puede ser más apropiado.

Los procedimientos percutáneos deben indicarse en pacientes de alto riesgo o inoperables. Pero hay que tener en cuenta que las definiciones de «alto riesgo quirúrgico» y «paciente inoperable» no están perfectamente acotadas y están muy influenciadas por la experiencia del cirujano y centro hospitalario. Las escalas de riesgo más comunes (Euroscore, STS, etc.) deben utilizarse en combinación con otros factores, como la fragilidad o la presencia de aorta en porcelana (documento de consenso VARC-2)³. Hay que insistir en el hecho de que las escalas de riesgo deben considerarse siempre como una herramienta orientativa en la toma de decisiones en el paciente individual. En ningún caso pueden sustituir el criterio clínico y el sentido común aplicado en situaciones concretas.

En ausencia de guías clínicas, un abordaje individualizado para cada paciente es lo más adecuado para basar las decisiones del

«Heart Team». Los potenciales beneficios de este abordaje multidisciplinar en equipo deben ser evaluados de forma objetiva en un futuro próximo.

Recomendaciones para la evaluación diagnóstica

Un análisis ecocardiográfico minucioso, especialmente mediante ecocardiografía transesofágica, es necesario para:

- cuantificar el grado de insuficiencia mitral (tabla 1, fig. 1);
- determinar anatómicamente la posibilidad de reparación quirúrgica o percutánea, y
- demostrar la presencia de trombo en ventrículo o aurícula izquierda o de endocarditis activa que pueda contraindicar la intervención o indicar un abordaje alternativo.

Según el tipo de insuficiencia mitral, primaria o secundaria, se deben hacer las siguientes recomendaciones.

En pacientes con insuficiencia mitral primaria candidatos para cirugía, se deben estudiar cuidadosamente todos los segmentos valvulares para describir minuciosamente la lesión valvular, su localización exacta y la presencia de calcificación del anillo.

En caso de insuficiencia mitral secundaria, el estudio ecocardiográfico debe centrarse también en el ventrículo izquierdo (volumen, fracción de eyección e índice de esfericidad) y en la distorsión de la geometría valvular (área de tenting, altura de coaptación, ángulos de los velos y distancia interpapilar). Se han descrito varios predictores de recidiva de insuficiencia mitral tras la anuloplastia sobrecorrectora (tabla 2, figs. 2 y 3) y su presencia puede recomendar la sustitución valvular como una solución más duradera. En este punto, debemos insistir en la necesidad de asociar a la anuloplastia otras técnicas quirúrgicas que permitan

Tabla 1

Criterios ecocardiográficos para la definición de insuficiencia mitral severa

Cualitativos
Morfología valvular prolapso velo/rotura de cuerdas o músculo papilar
Chorro regurgitante central grande o excéntrico con efecto coanda, llegando a la pared posterior de la aurícula izquierda
Señal Doppler continuo del chorro regurgitante denso/triangular
Zona de flujo convergente grande ^a
Semicuantitativos
Vena contracta (mm) ≥ 7 (> 8 si biplano) ^b
Flujo venas pulmonares reversión sistólica
Flujo transmitral onda E dominante $\geq 1,5$ m/s ^c
TVI mitral/TVI aórtica $\geq 1,4$
Cuantitativos
ORE (mm ²) ≥ 40 (primaria), ≥ 20 (secundaria)
Volumen regurgitante (ml/lat) ≥ 60 (primaria), ≥ 30 (secundaria)
Dilatación de cavidad cardíaca, ventrículo izquierdo y aurícula izquierda

ORE: orificio regurgitante efectivo; TVI: integral tiempo-velocidad.

^a Límite Nyquist 50-60 cm/s.

^b Media entre plano apical de 2 y 4 cámaras.

^c En ausencia de estenosis mitral u otras causas de presión auricular izquierda elevada.

Tabla 2

Predictores ecocardiográficos de reparación no exitosa o de insuficiencia mitral recurrente tras anuloplastia sobrecorrectora en la insuficiencia mitral secundaria

Altura de coaptación > 1 cm
Área de tenting en sístole > 2,5 cm ²
Ángulo de velo posterior > 45°
Ángulo distal de velo anterior > 25°
Diámetro telediastólico del VI > 65 mm
Diámetro telesistólico del VI > 51 mm
Distancia interpapilar telesistólica > 20 mm
Índice de esfericidad en sístole > 0,7

VI: ventrículo izquierdo.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2907538>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2907538>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)