



Cardiocre

www.elsevier.es/cardiocore



Editorial

Un horizonte nuevo para la insuficiencia mitral severa

A new horizon for severe mitral regurgitation

En el pasado, la enfermedad reumática constituía la principal causa de la dolencia valvular, aunque desafortunadamente, lo continúa siendo en los países en vías de desarrollo. Sin embargo, en los países desarrollados ha descendido sustancialmente, dando paso a la enfermedad valvular degenerativa. En este número, Gaitán Román et al.¹ analizan la situación epidemiológica y clínica de la insuficiencia mitral. De los resultados aportados por el Euro Heart Survey podemos observar el importante crecimiento de la dolencia valvular degenerativa sustentada por el incremento de la esperanza de vida y la mayor proporción de población de edad avanzada. La insuficiencia mitral representa la segunda causa más frecuente de enfermedad valvular, sin embargo, en EE. UU. constituye la valvulopatía más frecuente. No obstante, el impacto que supone la patología valvular está infravalorado por diversas razones, la mayoría de los estudios están centrados sobre pacientes hospitalizados y, además, la correcta evaluación de la dolencia valvular, en ocasiones, es imprecisa, requiriendo estudios ecocardiográficos más exhaustivos para conocer mejor la prevalencia de la enfermedad valvular. La insuficiencia mitral se clasifica como orgánica o primaria cuando existe una anomalía estructural de la válvula mitral, siendo la causa más frecuente el prolapso valvular mitral a diferencia de la insuficiencia mitral isquémica o funcional, cuya válvula enferma es consecuencia de las alteraciones segmentarias de la contracción o dilatación ventricular. La baja prevalencia de fiebre reumática ha cambiado la balanza entre estas 2 etiologías, con incremento de la isquémica y funcional.

La insuficiencia mitral crónica, aunque inicialmente es bien tolerada, con el tiempo conduce a dilatación y disfunción ventricular e insuficiencia cardiaca.

En la actualidad la cirugía reparadora es el tratamiento de elección en pacientes con insuficiencia mitral y anatomía apropiada sobre la sustitución valvular y el tratamiento médico, ya que se asocia a baja mortalidad (1-2%) y buenos resultados en pacientes de bajo riesgo, no obstante en pacientes de alto riesgo quirúrgico la mortalidad puede alcanzar el 25%.

En este sentido, Rodríguez-Bailón, et al.² realizan un exhaustivo análisis morfológico de los componentes implicados en el funcionamiento de la válvula mitral, para poder reparar una válvula mitral de forma quirúrgica o percutánea evaluada con ecocardiografía-Doppler, cuyo éxito depende en gran parte de la selección adecuada de estos pacientes por presentar una anatomía valvular favorable en función de los datos analizados. Nos identifican a los pacientes con insuficiencia mitral ideales para realizar reparación según el movimiento de los velos y su punto de coaptación, destacando el prolapso de valva posterior por rotura espontánea de cuerdas mitrales y la insuficiencia mitral funcional por mecanismo restrictivo en ventrículos deficientes, sin embargo, aquellos con válvula calcificada o que presenten retracción o destrucción del tejido son imposibles de reparar.

El desarrollo de terapias alternativas a la cirugía de carácter percutáneo es una realidad necesaria para los pacientes con enfermedad valvular y alto riesgo quirúrgico. Aunque los pacientes con dolencia mitral que presentan una edad avanzada y comorbilidades asociadas pueden beneficiarse de los métodos tradicionales de la cirugía, ello conlleva un inaceptable incremento de la mortalidad perioperatoria o postoperatorios prolongados y tormentosos.

La búsqueda de una estrategia menos invasiva, menos morbida y eficaz para el tratamiento de la insuficiencia mitral llevó a una nueva evaluación de las opciones percutáneas y condujo al desarrollo de técnicas como la aproximación de las valvas anterior y posterior, la reducción del anillo mitral o estudios experimentales para la implantación de una prótesis percutánea. Actualmente la técnica más aceptada, como nos describen Hernández-Antolin et al.³, es la utilizada con el dispositivo MitraClip®. Los autores nos introducen de una forma clara e ilustrativa en la realización del procedimiento, destacando los requisitos anatómicos necesarios para llevar a cabo dicha técnica. El concepto consiste en la aproximación de los festones A2 y P2 de las valvas anterior y posterior, creando un doble orificio en diástole y una válvula competente en sístole. Según los datos aportados por el registro EVEREST, es un procedimiento que requiere la colaboración de un equipo mul-

tidisciplinar, es factible con una tasa de éxito del 95% si la selección de los pacientes es adecuada y seguro con una baja tasa de complicaciones. La mortalidad a 30 días es muy baja, 0-2%, y la mayoría de los pacientes (66-90%) mejoran la clase funcional y desciende el grado de regurgitación mitral (un 90% presentan \leq grado 2+).

Melero-Tejedor et al.⁴ revisan en profundidad las técnicas quirúrgicas aplicadas a la insuficiencia mitral; observan que los pacientes asintomáticos con insuficiencia mitral degenerativa en los que se realiza la reparación valvular obtienen mejores resultados a corto y a largo plazo, a diferencia de con la reparación en la insuficiencia mitral funcional con unos resultados menos predecibles. Además abordan un tema fundamental como hablar un mismo lenguaje entre cardiólogos y cirujanos para poder realizar una buena selección y obtener éxito con la técnica elegida; insisten, al igual que otros autores en este número, en la utilización de la clasificación funcional de Carpentier.

El tratamiento de la insuficiencia mitral es crucial porque representa aproximadamente el 30% de la patología valvular, con un pronóstico nefasto. Los resultados de la cirugía, particularmente la reparación valvular, son buenos, sin embargo algunas observaciones sugieren la necesidad de nuevas intervenciones: actualmente la cirugía no se ofrece a todos los pacientes con insuficiencia mitral severa y sintomáticos, la reparación valvular no siempre es factible, y finalmente un número importante de pacientes presentan un alto riesgo quirúrgico por la edad y comorbilidades asociadas. En pacientes seleccionados, la resincronización cardiaca y el tratamiento médico ha mejorado el grado de severidad y síntomas, y la introducción del tratamiento percutáneo de la insuficiencia mitral nos permite ampliar el abanico terapéutico en aquellos pacientes con alto riesgo quirúrgico o contraindicaciones. Aún quedan cuestiones importantes por analizar como el método de cuantificación de la insuficiencia mitral tras el tratamiento percutáneo, porque la validez de la American Society of Echocardiography para la cuantificación de la insuficiencia mitral para doble orificio valvular puede ser cuestionada, o el impacto

pronóstico que supone la presencia residual de un grado leve o moderado de regurgitación mitral en el seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gaitán Román D, Vivancos Delgado R, de Mora M. Situación actual de la insuficiencia mitral: aspectos epidemiológicos y clínicos. *Cardiocre*. 2012;47:91-3.
2. Rodríguez-Bailón I, Carrasco-Chinchilla F, Morillo Velarde E. ¿Qué parámetros debemos de considerar para reparar la válvula mitral? *Cardiocre*. 2012;47:94-8.
3. Hernández-Antolín R, Almería C, García E. Tratamiento percutáneo de la insuficiencia mitral con el dispositivo MitraClip®. *Cardiocre*. 2012;47:99-104.
4. Melero-Tejedor JM, Mataró-López MJ, Sánchez-Espín G. Reparación quirúrgica de la insuficiencia mitral. *Cardiocre*. 2012;47:105-9.

Antonio J. Muñoz-García^{a,*},
Nieves Romero-Rodríguez^b, Alejandro Recio-Mayoral^c,
Fernando Cabrera-Bueno^a y Manuel F. Jiménez Navarro^a

^a Área del corazón, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

^b Servicio de Cardiología, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España

^c Servicio de Cardiología, Hospital Virgen de la Macarena, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ajmunozgarcia@secardiologia.es
(A.J. Muñoz-García).

1889-898X/\$ – see front matter

© 2012 SAC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.carcor.2012.06.004>