

El cardiologo clinico frente a la cirugia valvular

JOSE L. BARISANI

La realizacion de estudios epidemiologicos que informen sobre la situacion real de la aplicacion de recursos terapeuticos en nuestro medio siempre despierta interes en la comunidad medica y muy especialmente en los cardiologos clinicos. El hecho de proveer datos ciertos sobre los resultados de los procedimientos a los que sometemos a nuestros pacientes influya en mayor o menor medida en la indicacion de estos tratamientos.

Si bien en la ultima decada la cardiopatía isquémica ha concitado el mayor interes, la enfermedad valvular cardiaca sigue siendo motivo de polemicas. Toda informacion que oriente a la toma de decisiones en estos pacientes es de muy frecuente consulta por el medico, que en la soledad de su consultorio debe decidir cuando derivar el enfermo a un tratamiento mas agresivo que puede mejorar sus expectativas pero que no esta exento de riesgos. Así las guías, los algoritmos y los documentos, como el Consenso de Valvulopatías, elaborado recientemente por la Sociedad Argentina de Cardiología, son elementos que tienden a orientarnos en la determinacion del tiempo optimo de la cirugia valvular. (1, 2)

De manera similar, los trabajos de relevamiento prospectivos realizados con prolijidad metodologica, como es el caso del Estudio Multicentrico de Cirugia Cardiaca (ESMUCICA) en pacientes valvulares, aportan informacion complementaria para este fin en un tema poco explorado en los ultimos años. Como estudio epidemiologico cuenta con la limitacion de no ser representativo de la realidad nacional por haber sido realizado en cuatro centros privados de la Capital Federal que efectúan al menos 300 cardiocirugias anuales, con alta tecnologia, equipamiento y entrenamiento profesional. Este sesgo a su vez tambien esta influido por la necesaria seleccion de los pacientes, ya que se trata de 395 cirugias valvulares sin combinacion con procedimientos coronarios, tricuspídeos o sobre la aorta ascendente. Sin embargo, sirve de referencia como aproximacion de los resultados inmediatos de la cirugia valvular pura en los centros mas complejos.

Sin dejar de tener en cuenta la ventaja que significa la concentracion de un gran numero de cirugias en una pequena cantidad de instituciones altamente especializadas, es diferente la situacion del medi-

co que en la practica diaria debe enviar a sus pacientes a operarse en centros hospitalarios públicos o del interior del país, a los cuales suelen llegar con grados mas avanzados de deterioro ventricular y clinico y a lo que se le agregan meses de espera para completar estudios, la provision de protesis y la obtencion de la fecha quirurgica.

Seguramente las diferencias se establecen ya desde el porcentaje de valvulares en el total de cirugias cardiovasculares, que en estas instituciones suele ser muy superior al 18,6% encontrado en el ESMUCICA, con una mayoría de etiología degenerativa, lo que se parece mas a las cifras de los países mas desarrollados. Tambien es posible que la endocarditis infecciosa y la etiología reumática, en franco y progresivo descenso, persistan en niveles mas altos en los centros hospitalarios. Frente a estas distintas situaciones, que conforman la heterogenea realidad sanitaria y social de nuestro país, el clinico no puede adoptar iguales conductas.

Las metas habitualmente aceptadas de la cirugia valvular son: 1) mejorar la sobrevida, 2) aliviar los sintomas y 3) evitar la disfuncion ventricular irreversible. Estos objetivos se pueden ver frustrados parcial o totalmente si la conducta activa se toma tardiamente. Por otra parte, la cirugia presenta un riesgo que es inherente al propio procedimiento y al estado clinico y hemodinamico con que el paciente llega al quirófano. La indicacion demasiado precoz puede exponer innecesariamente al paciente a una morbimortalidad que en ocasiones conviene posponer. Es por eso que el conocimiento de los resultados de la cirugia valvular en el médico, en que se desempeña el médico cardiologo es imprescindible para la determinacion del tiempo quirurgico de la valvulopatía en cuestion.

La mortalidad perioperatoria encontrada en el ESMUCICA fue del 8,3% para la cirugia aortica, del 9,5% para la mitral y del 8,7% para la doble valvular, acercandose a las cifras internacionales. La mejoría de estos resultados respecto de los de decadas pasadas es sin duda una consecuencia de los progresos técnicos y tecnológicos, pero tambien de los progresos en los cuidados posoperatorios y de la indicacion mas apropiada de la cirugia, como puede deducirse por la baja incidencia de deterio-

ro severo de la funcion ventricular en la poblacion estudiada.

Solo la edad y el antecedente de cirugia de revascularizacion previa (en el grupo de insuficiencia mitral) se encontraron como predictores de mortalidad hospitalaria. Esto seguramente se debe al numero limitado de pacientes para este analisis, ya que se han relatado previamente otras variables de riesgo de muerte perioperatoria: infarto previo, insuficiencia cardiaca, depresion de la funcion ventricular, clase funcional avanzada, fibrilacion auricular, insuficiencia renal, reoperacion, cirugia no electiva y tiempos quirurgicos prolongados. (3-5) La utilizacion de puntajes de riesgo como el de Parsonnet resulta la forma mas adecuada para ponderar la mortalidad en estudios como el que nos ocupa. Sin embargo, es dificil trasladar su utilidad al paciente en particular, ya que muchos de los enfermos con indices altos tendrian aun mayor riesgo de muerte si no son intervenidos, y viceversa.

La morbilidad, en cambio, permanece elevada, en especial en los portadores de estenosis aortica, con un promedio de edad mayor. La incidencia de complicaciones graves fue superior al 50% en todos los grupos. Esto nos confirma que la cirugia valvular se encuentra aun lejos de estar libre de dificultades y riesgos. El riguroso cuidado posoperatorio de estos pacientes adquiere entonces gran importancia, ya que complicaciones como el sindrome de bajo gasto cardiaco, la insuficiencia renal, el accidente cerebrovascular o la mediastinitis se asociaron con alta mortalidad hospitalaria. En cambio, la fibrilacion auricular posoperatoria no suele comprometer la vida, salvo que se complique con embolizacion cerebral, y su asociacion con un 25% de mortalidad en el grupo de insuficiencia mitral seguramente se debe a causas asociadas mas que a la arritmia. Esta y otras complicaciones menores tienen como principal consecuencia la prolongacion de la estadia hospitalaria con el consiguiente aumento de costos.

El reemplazo valvular por una protesis mecanica es el procedimiento que se efectuó con mas frecuencia en esta serie. La colocacion de una protesis valvular significa incorporar una "nueva enfermedad" con mayores posibilidades de endocarditis infecciosa y de trombosis, embolias o hemorragias por la anticoagulacion, que generan un riesgo conjunto, nada despreciable, del 4% al 7% por ano. (6)

Esta morbimortalidad alejada relacionada con el procedimiento debe ser tenida en cuenta por el cardiologo a la hora de decidir una cirugia valvular, ya que se debe sumar a las posibles consecuencias inmediatas de tomar una conducta activa. Para ello debe conocer las distintas tecnicas y protesis disponibles y debera discutir con el cirujano cual es el mejor camino para cada paciente.

Las bioprotesis se eligieron mas frecuentemente en los pacientes con valvulopatias aorticas que en los mitrales, seguramente por la mayor edad de este grupo y la menor incidencia de fibrilacion auricular preoperatoria que de todas formas obligaria a la anticoagulacion. Si bien estas protesis presentan complicaciones tromboembolicas menos a menudo, la incidencia de fallo estructural progresivo que limita su durabilidad y puede obligar a una futura reoperacion se debe considerar como riesgo acumulativo, especialmente en los pacientes mas jovenes. (4, 5)

Probablemente por estas razones es que en esta serie se destaca la incorporacion de procedimientos nuevos como la operation de Ross en el 7% del total de pacientes con valvulopatía aortica. En cambio, no se menciona la utilizacion de homoinjertos ni de protesis biologicas sin soporte (*stentless*). Tampoco se realizaron descalcificaciones plasticas de la valvula aortica, a pesar de haber un 26% de enfermos con estenosis aortica mayores de 75 anos, probablemente porque el metodo no ha mostrado buenos resultados alejados. (1, 7)

Como era de esperar, se registro una disminucion de la utilizacion de la comisurotomia mitral, la que se realizo solo en el 7,4% de las estenosis puras, ciertamente debido al avance de la valvuloplastia con balon como tratamiento de esta patologia.

Sin embargo, llama la atencion que solo el 35% de las insuficiencias mitrales y ninguna de las enfermedades mitrales se solucionaron mediante plastica quirurgica. En general este es aceptado como un metodo seguro y que puede ser aplicado en la mayoria de los casos con menor morbimortalidad quirurgica y alejada y menores costos que el reemplazo por una protesis valvular, aunque requiere un entrenamiento especial en la tecnica de reparacion. (8, 9) Estos resultados y la mejor preservacion de la funcion ventricular demostrada en esta tecnica marcan actualmente una tendencia a operar mas tempranamente a los pacientes con insuficiencia mitral cuando las condiciones anatomicas son favorables para la plastica valvular. (10)

El estudio ESMUCICA nos muestra en forma clara una parte importante de la realidad de la solucion quirurgica de las valvulopatias en nuestro medio. Analizar los numeros de morbimortalidad quirurgica tiene un gran valor si se los ubica en el contexto en que se encuentran. Existe un deficit importante en la informacion de los resultados en el largo plazo de la cirugia valvular en la Argentina, por lo que seria de gran interes la elaboracion de registros multicentricos mas amplios con seguimientos que nos informen sobre la incidencia de complicaciones alejadas de los distintos procedimientos, asi como de la seguridad del tratamiento anticoagulante en

portadores de protesis valvulares en el medio en que se encuentran. (11)

El cardiologo clinico es el que habitualmente realiza el seguimiento de estos enfermos antes de la cirugia y despues de ella y es quien la indica y quien recupera al paciente en el posoperatorio. Tambien son cardiolgos quienes realizan las pruebas ergometricas, radioisotopicas, hemodinamicas y sobre todo ecocardiograficas que permiten no solo ajustar el tiempo quirurgico sino ademas determinar el estado anat6mico de la valvula y sugerir cual es la tactica mas apropiada.

Es por esta razon nuestra obligaci6n tomar conocimiento de los resultados de la cirugia valvular y de los beneficios y consecuencias de las tecnicas aplicables a cada paciente. La cuidadosa lectura de estudios epidemiol6gicos locales sobre pacientes valvulares, como es el ESMUCICA, aporta informacion de innegable valor para ello. La discusion productiva, el intercambio de opiniones y experiencias y el trabajo en conjunto con el especialista en cirugia cardiovascular no solo enriquecen los conocimientos de ambas partes sino que seguramente determinaran la conducta mas adecuada para el enfermo.

BIBLIOGRAFIA

1. Consenso de Valvulopatfas. Comision de Normatizaciones y Consensos de la Sociedad Argentina de Cardiologia, Colegio Argentino de Cardiolgos Intervencionistas, Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares. *Rev Argent Cardiol* 1999; 67 (Suppl II): 1-64.
2. Bonow RO, Carabello B, de Leon AC y col. ACC/AHA guidelines for the management of patients with valvular heart disease: Executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 1998; 98:1949-1984.
3. Verheul H, Brink R, Bouma BS y col. Risk factors after aortic valve replacement. *J Am Coll Cardiol* 1995; 26:1280-1286.
4. McGrath L, Fernandez J, Laub G y col. Perioperative events in patients with failed mechanical and bioprosthetic valves. *Ann Thorac Surg* 1995; 60: S475-S478.
5. Akins C, Buckley M, Daggett W y col. Risk of reoperative valve replacement for failed mitral and aortic bioprostheses. *Ann Thorac Surg* 1998; 65: 1545-1552.
6. Vongpatanasin W, Hillis D, Lang R. Prosthetic heart valves. *N Engl J Med* 1996; 335: 407-416.
7. Trainini J, Barisani JL, Griotti J y col. Tratamiento de la estenosis aortica senil mediante descalcificacion valvular. *Rev Argent Cardiol* 1998; 66 (Suppl IV) 275 (abstract).
8. Enriquez-Sarano M, Schaff II, Orzulak T y col. Valve repair improves the outcome of surgery for mitral regurgitation. A multivariate analysis. *Circulation* 1995; 91: 1022-1027.
9. Grossi E, Galloway A, Miller J y col. Valve repair versus replacement for mitral insufficiency: When is a mechanical valve still indicated? *J Thorac Cardiovasc Surg* 1998; 115: 389-394.
10. Stewart W Choosing the "golden moment" for mitral valve repair. *J Am Coll Cardiol* 1994; 24: 1544-1546.
11. Miller C, Safi H, Winnerkvist A y col. Actual versus actuarial analysis for cardiac valve complications: The problem of competing risks. *Curr Opin Cardiol* 1999; 14: 79-83.