

Plástica mitral e insuficiencia cardíaca

JORGE THIERER

En la toma de decisión quirúrgica en el campo de la insuficiencia mitral, cuando ésta se debía a una agresión primaria de la válvula, tradicionalmente se consideraban tres parámetros: la clase funcional, los diámetros ventriculares y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo. De todas las series surge que los pacientes menos sintomáticos y con menos daño ventricular son aquellos en los que se logran los mejores resultados inmediatos y la mejor evolución posoperatoria. (1) El advenimiento de la técnica de reparación valvular señaló un progreso importante respecto del reemplazo al hacer innecesaria la anticoagulación y asegurar la preservación del aparato subvalvular, fundamental para conservar una dinámica de contracción ventricular adecuada. (2, 3)

Ahora bien, si la indicación quirúrgica es más difícil cuanto más sintomático es el paciente y peor es la función, si en la práctica diaria discutimos si un paciente con insuficiencia mitral primaria y dilatación ventricular pronunciada no estará "pasado" de tiempo quirúrgico, ¿qué decir cuando la regurgitación mitral es secundaria a la dilatación del anillo y/o a la distorsión de la implantación de los músculos papilares en el contexto de la cardiopatía dilatada de etiología isquemiconecrótica o idiopática?

Es claro que la insuficiencia mitral en este caso es un epifenómeno del daño ventricular. Sin embargo, su presencia impone condiciones especialmente gravosas: la sobrecarga de volumen genera un círculo vicioso en el que la disfunción valvular y la dilatación ventricular se retroalimentan e inexorablemente conducen al empeoramiento progresivo. A ello se suman el deterioro de la capacidad funcional evidente en pruebas de determinación de consumo de oxígeno y la dilatación auricular izquierda que predispone a la aparición de fibrilación auricular. El valor pronóstico de la presencia de insuficiencia mitral secundaria se señaló en algunas publicaciones, aunque no hay evidencia firme de que se trate de un predictor independiente de mortalidad. (4, 5)

¿Cuáles son las opciones terapéuticas para los pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada? Durante mucho tiempo los médicos no tuvieron demasiadas. El tratamiento farmacológico experimentó en los últimos 15 años un notable avance con la introducción de drogas que mejoran los síntomas y el

pronóstico: inhibidores de la enzima convertidora, betabloqueantes y espirolactona. A pesar de ello, la mortalidad de los pacientes con deterioro severo de la capacidad funcional sigue siendo elevada. Para este subgrupo, el trasplante cardíaco es una alternativa real. Pero los candidatos a trasplante son "los mejores dentro de los peores": suficientemente enfermos para ser incluidos en lista, suficientemente sanos para no tener condiciones extracardíacas que hagan desaconsejable su inclusión. A ello se suman factores de índole socioeconómica que hacen que sólo algunos de los candidatos potenciales estén dentro del sistema y la escasez de donantes que conspira contra la posibilidad cierta de solución.

En los últimos 10 años asistimos a un progreso innegable en el campo del tratamiento invasivo de la insuficiencia cardíaca avanzada: cirugía de revascularización en pacientes de alto riesgo, cardiomioplastia, cirugías de reducción de los volúmenes ventriculares, colocación de marcapasos de doble cámara, resincronización ventricular. Pacientes sumamente enfermos, que tradicionalmente eran descartados de la cirugía hoy se intervienen con resultados en general favorables. Las comunicaciones de grupos quirúrgicos de todo el mundo se van sumando para configurar un cuerpo de información que en muchos casos nos alienta a indicar a nuestros pacientes la cirugía en centros experimentados. En este contexto se inscribe la cirugía de reparación mitral en pacientes con cardiopatía dilatada grave y regurgitación valvular secundaria, la que muchos conocemos como cirugía de Bolling, por el cirujano que difundió su aplicación con muy buenos resultados, considerando el tipo de pacientes intervenidos. Los datos publicados sobre 48 pacientes (40 en CF IV) señalan una clara mejoría sintomática y un aumento notable de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (del 16% preoperatorio al 26% luego de la cirugía). La mortalidad actuarial comunicada es del 18% al año y del 28% a los 2 años, baja si se considera la severidad del cuadro clínico. (6)

En el trabajo que se presenta en este número de la RAC de Trainini y colaboradores podemos observar los resultados de su casuística en la que en pacientes con cardiopatía dilatada idiopática, insuficiencia mitral severa secundaria e insuficiencia cardíaca

avanzada, ensayan una técnica híbrida que busca sumar a las ventajas de la plástica mitral, en lo que hace a la dinámica de contracción ventricular, las derivadas del reemplazo valvular, con una incidencia menor de insuficiencia mitral residual que la comunicada tras la reparación. (7) Parece adecuado que se haya centrado en pacientes sin enfermedad coronaria, en los que la regurgitación mitral se debe básicamente a dilatación del anillo, mientras que en los coronarios la insuficiencia mitral suma como factor etiológico la isquemia o necrosis del músculo papilar, y la revascularización es una intervención agregada a la corrección de la patología valvular. Se informan los datos de 8 pacientes en CF avanzada (6 en CF III, 2 en CF IV) en quienes la técnica citada resulta exitosa: no hay mortalidad periprocedimiento ni al año, mejora la capacidad funcional en forma subjetiva y objetiva y aumenta 5 puntos la fracción de eyección. Los autores consideran que los resultados, aparentemente mejores que los de las series de plástica mitral pura en pacientes similares, pueden deberse a la técnica híbrida con una corrección más certera de la insuficiencia mitral. Como limitaciones pueden citarse el número de pacientes, el hecho de que sólo 2 de los 8 estuvieran recibiendo betabloqueantes antes de la intervención y, fundamentalmente, la falta de un grupo control sometido a la plástica aislada para poder concluir que la técnica presentada es mejor que esta última. Como ya se señaló, a diferencia de la plástica aislada, el reemplazo con válvula mecánica agregado impone a los pacientes el tratamiento anticoagulante sumado al resto de la medicación, cuya necesidad, vale la pena aclarar, ninguna de las cirugías comentadas suprime.

Las comunicaciones de las distintas aproximaciones quirúrgicas (revascularización, reducción de volúmenes, plástica mitral) tienen en común determinadas características, una serie de sesgos entre los que podemos citar el de selección (se elige para operar a aquellos pacientes en los que *a priori* se presume que la posibilidad de éxito es mayor), el de referencia (se envía a los pacientes candidatos a centros especializados) y el de publicación (se dan a conocer sólo las series con una tasa elevada de resultados favorables). Y además se publican series de casos en las que todos los pacientes son sometidos a la intervención, sin que haya, por consiguiente, un grupo control, o éste es un control histórico o un grupo paralelo constituido por los pacientes no intervenidos. Pero al no adjudicarse la intervención en forma aleatoria es claro que los no operados se encuentran en condiciones clínicas o sociales que impiden o dificultan el tratamiento invasivo y que por sí solas pueden explicar en parte la peor evolución.

De lo expuesto hasta acá surge una serie de preguntas:

¿Estas cirugías aseguran resultados mejores que los comunicados en los últimos ensayos aleatorizados de tratamiento médico? Es claro que en pacientes con tratamiento médico completo y seguimiento estrecho la mortalidad es sorprendentemente baja: 11% al año en la rama activa del estudio COPERNICUS (carvedilol en CF IV). (8) Pero en general los grandes ensayos excluyen a los pacientes con valvulopatía hemodinámicamente significativa, o con signos claros de isquemia, por lo que podemos plantearnos que éstos no son similares a aquéllos. Es cierto también que los pacientes intervenidos deben continuar recibiendo luego de la cirugía la medicación con la que venían ya que —aun con el incremento de la fracción de eyección siguen teniendo un deterioro severo de la función ventricular— siguen padeciendo insuficiencia cardíaca. Y ocurre incluso que el estándar de tratamiento y el seguimiento son mejores después de la cirugía que antes, al ser los pacientes controlados por el grupo médico quirúrgico que los intervino, por lo que es difícil atribuir la buena evolución sólo a la intervención en sí.

¿Qué proporción de los pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada que habitualmente vemos en consultorio son pasibles de ser sometidos a alguna de estas cirugías? ¿Cuál debemos preferir? Parece claro que en presencia de isquemia-viabilidad de monto significativo la revascularización está indicada; pero no es tan evidente que pacientes con coronariopatía significativa sin demostración de viabilidad miocárdica deban ser operados. (9) De igual modo, en pacientes con insuficiencia mitral severa secundaria y aumento pronunciado de los volúmenes, ¿basta con la plástica mitral o debe asociarse la resección miocárdica? ¿Debemos elegir la plástica tradicional o la técnica híbrida presentada por Trainini y colaboradores representa realmente una ventaja? Por último, es claro que cada una de las nuevas alternativas que aparece aleja a los pacientes un poco más de la necesidad imperiosa de ser sometidos a un trasplante cardíaco. Dadas las condiciones por todos conocidas, sin duda es una buena noticia. Pero, ¿los resultados alejados son similares o estas intervenciones son una "huida hacia adelante"?

Si bien por la naturaleza de la intervención y de los factores considerados es más sencillo aleatorizar el tratamiento médico que diferentes técnicas quirúrgicas, creemos que un esfuerzo para comparar en pacientes similares los resultados en el corto y en el largo plazo de las opciones planteadas ayudará a tomar, en cada caso, la mejor decisión.

BIBLIOGRAFIA

1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with valvular heart disease. A report of the American Heart Association Task Force on practice guidelines (Committee on Man-

- agement of Patients with Valvular Heart Disease). *J Am Coll Cardiol* 1998; 32: 1486-1588.
2. Enríquez-Sarano M, Shaff H, Orszulak T y col. Valve repair improves the outcome of surgery for mitral regurgitation: A multivariate analysis. *Circulation* 1995; 91: 1022-1028.
 3. Darlymple Hay M, Bryant M, Jones R y col. Degenerative mitral regurgitation: When should we operate? *Ann Thorac Surg* 1998; 66: 1579-1584.
 4. Stevenson L, Fowler M, Schroeder J y col. Poor survival of patients with idiopathic cardiomyopathy considered too well for transplantation. *Am J Med* 1987; 83: 871-876.
 5. Blondheim D, Jacobs L, Kotler M y col. Dilated cardiomyopathy with mitral regurgitation: Decreased survival despite a low frequency of left ventricular thrombus. *Am Heart J* 1991; 122: 763-771.
 6. Bolling S, Pagani F, Deeb M y col. Intermediate-term outcome of mitral reconstruction in cardiomyopathy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1998; 115: 381-388.
 7. Trainini J, Mouras J, Barisani J. Miocardiopatía dilatada idiopática. Corrección de la insuficiencia mitral. *Rev Argent Cardiol* 2001; 69: 168-173.
 8. Datos presentados en el Congreso ESC 2000.
 9. Blitz A, Laks H. The role of coronary revascularization in the management of heart failure: Identification of candidates and review of results. *Curr Opin Cardiol* 1996; 11: 276-290.