

Evidencias para poder tomar la decisión correcta en un escenario cada vez más complejo: insuficiencia mitral asociada con estenosis aórtica grave

Evidence to Make the Right Decision in a Complex Scenario: Mitral Regurgitation Associated with Severe Aortic Stenosis

LEOPOLDO PÉREZ DE ISLA¹

La estenosis aórtica valvular grave es un problema altamente prevalente en nuestro medio. (1) Sin embargo, en muchas ocasiones no es una situación aislada, sino que puede acompañarse de otras valvulopatías, especialmente la insuficiencia mitral. (2) Sin ir más lejos, el hecho de que la etiología más frecuente de la estenosis valvular aórtica sea la degenerativa (1) hace lógico pensar que el resto de las válvulas del corazón estén sometidas al mismo proceso. Por ello es frecuente que la degeneración valvular aórtica se asocie con la degeneración de la válvula mitral, con la consiguiente regurgitación que puede producir. Por otra parte, la remodelación del ventrículo izquierdo y las alteraciones de sus presiones intracavitarias secundarias a una estenosis aórtica grave pueden ser consecuencia de la aparición de una insuficiencia mitral funcional. (3) Sin embargo, nada tiene que ver la evolución, una vez liberado el causante del aumento de poscarga, de una insuficiencia mitral orgánica a una insuficiencia mitral funcional. Este panorama se hace aún más complejo si tenemos en cuenta que las dos etiologías pueden coexistir en un mismo paciente.

El elegante trabajo realizado por Malio y colaboradores, (4) publicado en este número de la *Revista*, trata de mostrar luz en un terreno en el que cada vez existen más opciones de manejo para los pacientes. En primer lugar, en el caso de que se trate de un paciente que va a ser sometido a tratamiento quirúrgico, es bien conocido que el riesgo de un reemplazo valvular aislado es muy inferior al de un doble reemplazo valvular. (5, 6) Es por ello que poder predecir cómo se va a comportar una insuficiencia mitral tras solucionar el problema aórtico es de vital importancia para evitar un incremento innecesario del riesgo del paciente. El árbol de decisión se complica aún más si tenemos en cuenta la entrada de nuevos modos de tratamiento para el manejo de la estenosis aórtica grave. Con el empleo cada vez más extendido de implante de válvulas percutáneas, la decisión crítica no consiste ya en elegir entre un recambio valvular único o doble, sino

que aumenta aún más la trascendencia de la decisión, ya que, si no es necesario intervenir sobre la válvula mitral, se puede plantear la opción percutánea como la mejor alternativa. (7, 8)

En el trabajo de Malio y colaboradores, (4) a la hora de elegir a los pacientes y máxime tratándose de un estudio retrospectivo, se puede pensar que exista un importante sesgo de selección y que aquellos pacientes con más afectación valvular mitral pueden haber sido rechazados para este tipo de intervención. Nada más lejos de la realidad, dado que el 67,5% de los pacientes incluidos en el trabajo presentaban una insuficiencia mitral más que moderada, lo que le da una especial validez a sus resultados. Los principales resultados del trabajo nos muestran cómo el 67,5% de los pacientes intervenidos presentan una reducción de al menos 1 grado de gravedad de la insuficiencia mitral concomitante. De hecho, la Figura 2, que resume gráficamente los hallazgos del estudio, describe cómo se observó una reducción de la gravedad de la insuficiencia de 1 grado en el 40%, de 2 grados en el 25% y de 3 grados en el 2,5%, sin cambios en el 27,5% y experimentando un empeoramiento de la gravedad de la regurgitación tan solo el 5%.

Aunque el trabajo está lleno de virtudes, no sería correcto no mencionar algunas limitaciones que presenta, entre las que cabe destacar el hecho de que sea un estudio unicéntrico, retrospectivo, en el que solamente se ha empleado un tipo de prótesis percutánea y en el que en el apartado de métodos no aparece una clara definición de cuándo se clasificó a una insuficiencia mitral como funcional, orgánica o mixta. Por otra parte, y plenamente justificado por motivaciones éticas, solo fueron incluidos pacientes de muy alto riesgo quirúrgico, con lo que el interrogante queda abierto a qué sucedería en pacientes en otro tipo de situaciones clínicas. Otro aspecto para discutir es la valoración de la gravedad de la insuficiencia mitral. En el presente trabajo se emplea el sistema de gradación de la gravedad recomendado por la *American Society of Echocardiography*. (9) Es un sistema en

REV ARGENT CARDIOL 2017;85:205-206. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v85.i3.11183>

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO: Rev Argent Cardiol 2017;85:227-234. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v85.i3.11021>

Dirección para separatas: Leopoldo Pérez de Isla - Hospital Clínico San Carlos, Unidad de Imagen Cardiovascular - Primera planta norte. C/ Profesor Martín Lagos s/n - 28040 Madrid, España

¹ Unidad de Imagen Cardiovascular - Hospital Clínico San Carlos. Madrid, España

el cual se tienen en cuenta variables que valoran la gravedad anatómica (orificio de regurgitación eficaz y parámetros relacionados con él) y otras variables que valoran la gravedad funcional (volumen regurgitante y fracción regurgitante) de la insuficiencia mitral. Hubiera sido interesante saber si tras el implante de la prótesis aórtica la mejoría de la regurgitación mitral se basaba más en parámetros funcionales o en parámetros anatómicos.

A modo de resumen, podemos decir que el trabajo de Malio y colaboradores (4) nos está ofreciendo el siguiente consejo: Ten en cuenta que más de dos terceras partes de los pacientes a los que se les implanta una prótesis percutánea por estenosis aórtica grave presentan una mejoría concomitante en el grado de insuficiencia mitral.

Finalmente, desde mi humilde punto de vista, me gustaría destacar un hecho paradójico en este estudio, que no debe minimizar el impacto de sus resultados. La conclusión, que generalmente debe ser una respuesta a la pregunta planteada en la hipótesis del trabajo, es en sí misma otra interrogación: ¿podría ser el implante de una válvula aórtica percutánea la mejor solución para los pacientes con estenosis aórtica e insuficiencia mitral? Malio y colaboradores han abierto un excelente camino mostrando su experiencia y sin duda van a formar parte de los pilares científicos que nos ayuden a tomar la mejor decisión con este tipo de pacientes.

Declaración de conflicto de intereses

El autor declara que no posee conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web/ Material suplementario).

BIBLIOGRAFÍA

1. Vahanian A, Alfieri O, Andreotti F, Antunes MJ, Barón-Esquivias G, Baumgartner H, et al. Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012): the Joint Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur J Cardiothorac Surg* 2012;42:S1-44. <http://doi.org/10.1093/ejcts/etz015>
2. Nombela-Franco L, Barbosa Ribeiro H, Urena M, Allende R, Amat-Santos R, DeLarochelière R. Significant mitral regurgitation left untreated at the time of aortic valve replacement. A comprehensive review of a frequent entity in the Transcatheter Aortic Valve Replacement Era. *J Am Coll Cardiol* 2014;63:2643-58. <http://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.05.018>
3. Sabbah HN, Rosman H, Kono T, Alam M, Khaja F, Goldstein S. On the mechanism of functional mitral regurgitation. *Am J Cardiol* 1993;72:1074-6. [http://doi.org/10.1016/0002-8937\(93\)90887-7](http://doi.org/10.1016/0002-8937(93)90887-7)
4. Malio AF, Filipuzzi JM, Salmo F, Ganum G, Pasquevich V, Mendiz O y col. Cambios en el grado de insuficiencia mitral en pacientes con enfermedad bivalvular e implante valvular aórtico percutáneo. *Rev Argent Cardiol* 2017;84:227-34.
5. European System for Cardiac Operative Risk Evaluation (EuroSCORE). New EuroSCORE 2010. <http://www.euroscore.org/EuroSCORE2010.htm>.
6. The Society of Thoracic Surgeons (STS) STS Web Risk Calculator Descriptor: v2.61. <http://209.220.160.181/STSWebRiskCalc261/de.aspx>.
7. Smith C, Leon M, Mack M, Miller C, Moses J, Svensson L, et al. Transcatheter versus surgical aortic-valve replacement in high-risk patients. *N Engl J Med* 2011;364:2187-98. <http://doi.org/10.1056/NEJMoa1012167>
8. Leon M, Smith C, Mack M, Miller C, Moses J, Svensson L, et al. Transcatheter aortic-valve implantation for aortic stenosis in patients who cannot undergo surgery. *N Engl J Med* 2010;363:1597-607. <http://doi.org/10.1056/NEJMoa1008232>
9. Zoghbi WA, Adams D, Bonow RO, Enriquez-Sarano M, Foster E, Grayburn PA, et al. Recommendations for Noninvasive Evaluation of Native Valvular Regurgitation: A Report from the American Society of Echocardiography Developed in Collaboration with the Society for Cardiovascular Magnetic Resonance. *J Am Soc Echocardiogr* 2017;30:303-71. <http://doi.org/10.1016/j.echo.2017.03.003>