

PLÁSTICA MITRAL VERSUS RECAMBIO VALVULAR

MITRAL VALVE REPAIR VERSUS MITRAL VALVE REPLACEMENT

KAREN MELANIA SALZMANN SARLI¹

RESUMEN

La insuficiencia mitral (IM) es una enfermedad valvular cardíaca que se caracteriza por el reflujo de sangre desde el ventrículo izquierdo hacia la aurícula izquierda durante la sístole. La IM puede ser causada por diversas etiologías. Se presenta el caso de un paciente masculino de 58 años que consulta por disnea progresiva, encontrándose a su ingreso estable hemodinámicamente. Al examen físico, se ausculta un soplo holosistólico regurgitante compatible con insuficiencia mitral, sin signos clínicos de fallo de bomba. Se decide su internación en la Unidad Coronaria para diagnóstico y tratamiento. Se realizó un eco-Doppler transtorácico cardíaco que confirma el diagnóstico de insuficiencia mitral severa (IM). Se determina la necesidad de una intervención quirúrgica. Surge un debate en torno a la elección del tratamiento definitivo entre recambio valvular y plástica mitral como la mejor opción terapéutica.

La insuficiencia mitral permite el reflujo de sangre desde el ventrículo izquierdo hacia la aurícula izquierda durante la sístole. Se clasifica en etiología orgánica o primaria, y funcional o secundaria. El tratamiento inicial consiste en tratamiento médico, y quirúrgico en algunos casos, dependiendo de su severidad.

Palabras clave: insuficiencia mitral, recambio valvular, plástica mitral.

ABSTRACT

Mitral regurgitation (MR) is a heart valve disease characterized by reflux of blood from the left ventricle into the left atrium during systole. MR can be caused by various etiologies. We present the case of a 58-year-old male patient who was consulted for progressive dyspnea, and was hemodynamically stable upon admission. The physical examination revealed a holosystolic regurgitant murmur compatible with mitral valve regurgitation, without clinical signs of pump failure. He was admitted to the Coronary Unit, where a differential diagnosis was performed. Cardiac transthoracic Doppler ultrasound was requested, where severe mitral valve regurgitation (MVR) was diagnosed. Evaluating signs, symptoms and underlying pathology, surgical management is decided, leading to the discussion whether mitral valve replacement or mitral valve repair was best for this patient.

Mitral valve regurgitation allows the reflux of blood from the left ventricle into the left atrium during systole. It is classified into organic or primary and functional or secondary etiology. The treatment is initially pharmacological, and surgical in some cases, depending on its severity.

Keywords: mitral insufficiency, valve replacement, mitral valve replacement.

REVISTA CONAREC 2024;39(169):50-52 | [HTTPS://DOI.ORG/10.32407/RCON/2024169/0050-0052](https://doi.org/10.32407/RCON/2024169/0050-0052)

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 58 años con antecedentes de extabaquismo, hipertensión (HTA), alergia a la dipirona, melanoma con tratamiento quimioterápico, radioterápico y quirúrgico en el año 2008. Se encontraba bajo tratamiento con losartán 50 miligramos cada 12 horas y bisoprolol 5 miligramos al día.

Consultó al Servicio de Emergencias por presentar disnea clase funcional (CF) III. Al examen físico, se encontraba vigil, estable hemodinámicamente, afebril, saturando 98% a aire ambiente, frecuencia cardíaca (FC) 64 latidos por minuto (lpm), buena mecánica ventilatoria, sin ruidos respiratorios agregados, los ruidos cardíacos R1 y R2 hipofonéticos, y se auscultaba un soplo holosistólico 5/6 audible en 4 focos a predominio del foco mitral irradiado hacia la axila, sin signos de fallo de bomba.

En el electrocardiograma (ECG) presentaba ritmo sinusal a una frecuencia de 75 lpm, con un valor en el segmento PR de 0.18 milisegundos (ms), valor de QRS de 0.08 ms y valor de QT 0.36 ms. Sin signos de isquemia aguda, con signos de sobrecarga auricular izquierda.

Los resultados de laboratorio al ingreso se encontraban dentro de parámetros normales.

Ante el hallazgo del soplo se decidió realizar ecocardiograma Doppler, donde se pudo observar cavidades izquierdas dilatadas, fracción de eyección (FEy) del 55%, sin trastornos de motilidad, válvula mitral con insuficiencia mitral severa (IM) a expensas de una valva posterior prolapsada que generaba un *jet* excéntrico que alcanzaba la pared posterior de la aurícula izquierda. (**Figuras 1 y 2**). El fenómeno PISA arrojaba un valor de 0,55, con VTI 125 cm que permitió estimar el orificio regurgitante efectivo (ORE) de 0,71 cm. Además, se constataron cavidades derechas levemente dilatadas, y una insuficiencia tricuspídea leve que permitió estimar presión sistólica de arteria pulmonar (PSAP) en 50 mmHg.

En presencia de insuficiencia mitral severa se solicitaron estudios complementarios para valoración de indicación de recambio valvular *versus* plástica mitral. En la cinecoronariografía (CCG) se observó una lesión leve del 20% en el tercio medio de la arteria descendente anterior, resto de las arterias coronarias sin lesiones angiográficas significativas. También se realizó ecografía Doppler de vasos del cuello que no reveló lesiones significativas.

Se decidió llevar a cabo la plástica mitral con resección triangular en segmento p2, cierre de *cleft* p1-p2 y p2-p3 y anuloplastia con anillo semirrígido completo N°34. Con un tiempo en bomba de 98 minutos, tiempo de clampeo aórtico 80 minutos y posterior control de ecocardiograma transesofágico (ETE) intraquirúrgico.

La evolución posquirúrgica del paciente fue favorable, presentando como complicación sangrado médico leve con requerimiento de una unidad de glóbulos rojos desplasmatisados y derrame pleural con

1. Residente de Cardiología Clínica, Hospital Justo José de Urquiza. Concepción del Uruguay, Entre Ríos.

✉ **Correspondencia:** Karen Melania Salzmänn Sarli conarec revista@gmail.com



Figura 1. Ecocardiograma Doppler. Insuficiencia mitral severa con jet excéntrico.

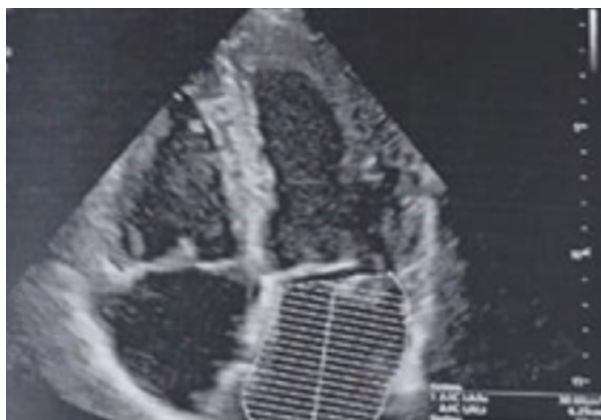


Figura 2. Ecocardiograma Doppler. Aurícula izquierda dilatada.

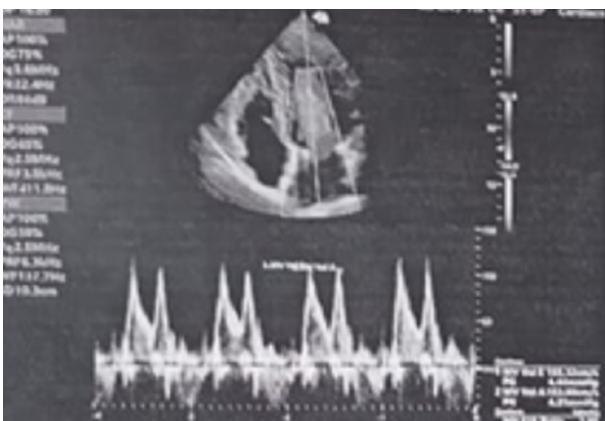


Figura 3. Eco-Doppler cardíaco con patrón de llenado normal con IM leve.



Figura 4. Ecocardiograma Doppler. Aurícula izquierda levemente dilatada.

buena respuesta a tratamiento médico instaurado. Se otorgó el alta hospitalaria en el quinto día postoperatorio con control ambulatorio. Se solicitó ecocardiograma Doppler transtorácico cuatro meses posteriores a la cirugía, que informó: volúmenes ventriculares dentro de límites normales, buena función sistólica, espesores parietales normales, aurícula izquierda levemente dilatada, vestigios de plástica mitral con implante de anillo, IM leve, cavidades derechas normales, insuficiencia tricuspídea leve, sin hipertensión pulmonar (Figuras 3 y 4).

DISCUSIÓN

La insuficiencia mitral (IM) es una enfermedad valvular cardíaca que se caracteriza por el reflujo de sangre desde el ventrículo izquierdo hacia la aurícula izquierda durante la sístole. La IM puede ser causada por diversas etiologías, como el prolapso de la válvula mitral, la endocarditis infecciosa, la fiebre reumática, las anomalías del tejido conectivo, las cardiopatías isquémicas o los traumatismos torácicos¹. La IM de grados moderado y severo impacta significativamente el pronóstico de los pacientes, independientemente del mecanismo responsable y de la función sistólica del ventrículo izquierdo¹.

El tratamiento de la IM severa tiene como objetivos aliviar los síntomas, prevenir las complicaciones y mejorar la supervivencia. El tratamiento farmacológico incluye diuréticos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), betabloqueantes y anticoagu-

lantes¹. Sin embargo, el tratamiento definitivo de la IM severa es el quirúrgico, que consiste en la reparación o el reemplazo de la válvula mitral¹.

Dado el aumento de la edad poblacional en el mundo, la enfermedad cardiovascular ha aumentado su prevalencia y consiguientemente su morbimortalidad. Esto ha sido en parte gracias al avance del tratamiento farmacológico y de las nuevas técnicas invasivas como no invasivas².

La elección entre reparación o reemplazo valvular depende de varios factores, incluyendo la etiología, la anatomía y la función valvular, la edad y el estado clínico del paciente, así como la experiencia del equipo quirúrgico¹. La tasa de complicaciones mayores asociadas a este tipo de tratamiento debe ajustarse considerando múltiples variables tales como, las características del paciente, la experiencia del equipo quirúrgico, y factores relacionados con el cuidado perioperatorio y postoperatorio del centro asistencial².

La reparación valvular tiene ventajas sobre el reemplazo, como una menor mortalidad perioperatoria, una mejor preservación de la función ventricular izquierda (VI), una menor incidencia de endocarditis y tromboembolismo, así como una menor necesidad de anticoagulación a largo plazo¹.

En Argentina, el estudio CONAREC XVI, realizado entre septiembre de 2007 y octubre de 2008, incluyó 2.553 pacientes de 50 centros cardiocirúrgicos con diferentes patologías cardiovasculares. Los resultados revelaron una tasa de mortalidad global del 7,7% y complicaciones mayores 31,7%³. La cirugía de la válvula mitral motivó en este estu-

dio 169 cirugías (6,6% del total). La insuficiencia cardíaca crónica fue el antecedente clínico más frecuente (40,2%). Las etiologías más comunes fueron el origen mixomatoso (34,3%) para la insuficiencia valvular y la causa reumática (18,3%) para la estenosis³.

Dentro de las cirugías valvulares, se utilizaron válvulas mecánicas en el 58,5% de los casos, válvulas biológicas en el 17,2% y se realizó plástica mitral en el 24,3%. En cirugías valvulares la mortalidad fue del 10,6%³.

El tratamiento quirúrgico está recomendado cuando el VI tiene un diámetro de fin de sístole mayor a 45 mm, la fracción de eyección del VI (FEVI) es menor a 60%, fibrilación auricular (FA) secundaria a IM, PSAP mayor a los 50 mmHg en reposo, IM grave sintomática⁴.

La reparación quirúrgica de la válvula mitral es el método preferido si se esperan resultados duraderos. En pacientes con alto riesgo quirúrgico, la reparación percutánea, específicamente el borde con borde, se presenta como una alternativa menos eficaz que puede ser consi-

derada. Deben considerarse también en estos pacientes, los dispositivos de asistencia circulatoria, el trasplante cardíaco o los cuidados paliativos como alternativa para aquellos con disfunción ventricular izquierda o derecha avanzada⁴.

CONCLUSIÓN

En conclusión, la IM severa es una patología frecuente y grave que requiere un abordaje multidisciplinario e individualizado. El tratamiento quirúrgico sigue siendo el *gold standard* para los pacientes sintomáticos o con deterioro de la función ventricular izquierda. La reparación valvular es preferible al reemplazo siempre que sea factible. El implante percutáneo de clip mitral es una alternativa prometedora para los pacientes con alto riesgo quirúrgico o inoperables; no obstante, se necesita más evidencias para definir su papel en el manejo de la IM severa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cascos E, Sitges M. Insuficiencia mitral: magnitud del problema y opciones de mejora. *Cirugía Cardiovascular*. 2022;29(1):26-31.
2. Allin J, Cohen Arazi H, Guardiani F. En Registros internacionales: Principales resultados en cirugía cardíaca. *Rev Recuperación cardiovascular CONAREC*. 1era ed. Publicaciones Latinoamericanas; 2010;25-33.
3. Lowenstein Haber DM, Guardiani FM, Pieroni P, Pfister L, Carrizo L, Villegas ED, et al. Realidad de la cirugía cardíaca en la República Argentina. Registro CONAREC XVI. *Rev Argent de Cardiol*, 2010;78:228-37.
4. ESC/EACTS Scientific Document Group. 2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease: Developed by the Task Force for the management of valvular heart disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2022 Jun;75(6):524.