

La Preservación del Aparato Mitral y Trombosis Temprana en Bioprótesis. Una Palabra de Prudencia

Paulo Roberto B. Evora, Solange Basseto, Lafaiete Alves Junior, Alfredo J. Rodrigues

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP - Brasil

Una de las ventajas del reemplazo de la válvula mitral bioprotésica en pacientes con ritmo sinusal es evitar la necesidad de anticoagulación a largo plazo. Por lo general, la trombosis de válvulas protésicas afecta las prótesis mecánicas. Han venido ocurriendo varios casos clínicos de trombosis de la válvula mitral bioprotésica que conllevan la explantación precoz de la válvula. Al menos en teoría, la técnica de conservación del aparato valvular mitral durante el reemplazo de la válvula mitral puede conducir a un aumento en la incidencia de esta complicación rara¹.

Sin embargo, hay algunos casos clínicos relacionados con la preservación del aparato valvar mitral y una “desproporción” de la prótesis como un factor que predispone a la trombosis de válvula bioprotésica. Por otra parte, es imprescindible hacer hincapié en que no hay evidencia en la literatura que relate preservación del aparato subvalvar y la trombosis de bioprótesis mitral, si la técnica adecuada, sin tener en cuenta la asociación con la “desproporción” de prótesis.

En un número aleatorio de los procedimientos quirúrgicos para la corrección de la enfermedad cardíaca valvar, se seleccionó un total de 384 pacientes, de los cuales 169 (43%) fueron sometidos a un procedimiento que implicaba la valva mitral (reparación quirúrgica, prótesis mecánicas y biológicas). Entre estos pacientes, no hemos podido identificar a posteriori, los casos de trombosis de la bioprótesis. No se utilizó la anticoagulación durante los primeros meses después del reemplazo de la valva, incluso en pacientes sin factores de riesgo de tromboembolismo. Sin embargo, no se observaron episodios tromboembólicos en estos pacientes, a pesar de que no han adoptado este procedimiento en los últimos quince años, cuando nuestra base de datos de seguimiento se ha mejorado con la ayuda de la informática. Entre los pacientes con enfermedad de la valva mitral, 2 (1,18%) presentaron trombosis de bioprótesis de pericardio bovino. En ambos casos, una posible desproporción prótesis - paciente y la preservación de todo el aparato de la valva mitral se identificaron. Los pacientes eran del sexo femenino,

con 34 y 44 años, no mostraron efectos adversos durante la cirugía y se presentan los gradientes protésicos en el postoperatorio: 12 mmHg (prótesis M-25, ASC = 1.672 m²) y 6 mmHg (prótesis M-27, ASC = 1.632 m²), respectivamente. Ninguna de las dos pacientes estaba recibiendo tratamiento anticoagulante. El caso de la paciente más joven era más dramático porque ella ingresó en la sala de urgencias con una historia que sugería fibrilación auricular aguda paroxística y signos neurológicos de la embolización de 18 días después de la cirugía. La ecocardiografía transesofágica (ETE) mostró trombosis en la aurícula izquierda, la pared auricular y la porción de la prótesis. Estos datos fueron confirmados en la reoperación de emergencia, cuando una nueva prótesis mecánica se implantó con la resección de las hojas y la fijación y anular de los músculos papilares

La “desproporción” prótesis - paciente puede ser un predictor independiente de mortalidad después del reemplazo de la valva mitral. A diferencia de otros factores de riesgo independientes, este problema se puede evitar o su gravedad puede reducirse mediante la utilización de una estrategia prospectiva en el momento de la cirugía. En los pacientes considerados en riesgo de “desproporción” severa, todos los esfuerzos deben ser empleados para implantar la prótesis con un orificio de mayor área, con el fin de preservar la continuidad entre el anillo mitral y la pared del ventrículo izquierdo. Ambos pacientes tenían gradientes de conformidad con estenosis mitral leve y moderada, como ocurrió en el período postoperatorio. Basándose en la experiencia anterior, esta observación fue subestimada por erróneamente considerarse que la interferencia de los elementos conservados en la válvula bioprotésica era poco probable.

La preocupación por la posibilidad de interferencia de las cuerdas mitral en las hojas de las prótesis mecánicas se viene relatando con frecuencia, pero no cuando se utilizan las bioprótesis. Sin embargo, a pesar de haber sido informado por separado, la preservación de ambas hojas de la valva mitral pueden contribuir a un posible “pseudo-estenosis” trombótica y/o una insuficiencia precoz de la bioprótesis^{1,2}.

Por último, en contra de la participación de la preservación de la valva mitral sub-elementos aislados en la predisposición a la trombosis, hubo casos clínicos aislados de trombosis de bioprótesis en los casos de escisión completa valvar³.

Hemos relatado la idea como “caso clínico” a una revista muy interactiva y el motivo del rechazo fue la falta de datos, los cuales efectivamente podrían apoyar la hipótesis de la asociación de la conservación del aparato valvar mitral con prótesis valvulares menores con la aparición temprana de trombosis de bioprótesis mitral.

Palabras clave

Válvula mitral/cirugía; trombosis; bioprótesis.

Correspondencia: Paulo Roberto Barbosa Évora •
Rua Rui Barbosa 367/15 - Centro - 14015-120 - Ribeirão Preto, SP - Brasil
E-mail: prbevora@cardiol.br, prbevora@fmrp.usp.br
Artículo recibido el 10/08/10, revisado recibido el 18/09/10, aceptado 06/10/10.

Un revisor escribió que estábamos tratando de culpar la conservación del aparato sub-valvar como la responsable de la trombosis valvar tisular, sugiriendo también que la desproporción juega un rol en ambos casos referidos. En su opinión, queríamos escribir un artículo criticando una técnica bien establecida, con un montón de pruebas científicas sólidas que lo apoyan, como en este caso, la conservación del aparato subvalvar en los pacientes en la 3^a y 4^a décadas de la vida. Esta es una interpretación parcial de las presentaciones de los casos. En realidad, la idea principal era especular sobre la posible “sinergia” entre el aparato mitral subvalvar y una posible “desproporción”, ya que la prótesis mitral es frecuentemente sub-dimensionada en consecuencia de este enfoque quirúrgico. El revisor destacó que a partir de los escasos datos presentados, la razón para la formación de trombosis dentro de la aurícula izquierda podría haber sido el estado hemodinámico de ese paciente en particular: pequeña prótesis valvar mitral, según lo declarado por nosotros, con estenosis funcional moderada, junto con la reciente fibrilación auricular en un paciente que puede sufrir una etapa pro-trombótica en el período postoperatorio temprano, agravada por la ausencia de tratamiento anticoagulante, como generalmente se recomienda en todas las directrices clínicas. La fuerte crítica de los revisores se basó en el hecho de que ninguna terapia antitrombótica se llevó a cabo, en contra de las directrices actuales que sugieren de uno a tres meses de anticoagulación. En la actualidad, se ha encontrado que los agentes antiplaquetarios son tan eficaces como los anticoagulantes después del reemplazo valvular bioprotésica, y serían una buena opción, teniendo en cuenta nuestro “problema social” con la anticoagulación.

Un segundo revisor tenía toda la razón al considerar que la hipótesis de una relación causa-efecto entre la “desproporción” bioprótesis - paciente y las complicaciones severas de la trombosis valvular no se habían probado por los datos presentados. Aunque muy interesante, esta hipótesis debe ser apoyada por otros detalles acerca de estos pacientes y ser discutida con todas las demás posibilidades

de trombosis de la válvula en el curso postoperatorio. La presentación se basó en las consideraciones retrospectivas y, desgraciadamente, faltaron los datos extremadamente sólidos e inequívocos necesarios para sostener dicho argumento; pero aun especulativa o hipotética, la “palabra de prudencia” es válida.

La preservación del aparato mitral, rutinariamente preferencia del autor, implica en la posibilidad de prótesis frecuente subdimensionadas. La decisión de preservar el aparato valvar en su totalidad, en ambos casos fue una decisión basada exclusivamente en las condiciones anatómicas⁴. Como una autocrítica, esta fue una decisión equivocada en reoperaciones; la resección de las hojas valvares y fijaciones del músculo papilar en el anillo de la válvula mitral fue posible en la implantación de prótesis súper dimensionadas. Este artículo no pretende sugerir el abandono de las técnicas quirúrgicas del aparato valvar o subvalvar en los casos de reemplazo de la valva. Siempre teniendo en cuenta la posibilidad, tal vez ocasionada por la experiencia negativa con los dos casos, creemos que esta experiencia debería ser compartida, incluso en el caso de una hipótesis especulativa. Sin embargo, los revisores fueron sensibles a la idea y brindaron comentarios a cirujanos cardíacos y cardiólogos, lo que motivó la presentación de este punto de vista.

Potencial Conflicto de Intereses

Declaro no haber conflicto de intereses pertinentes.

Fuentes de Financiación

El presente estudio no tuvo fuentes de financiación externas.

Vinculación Académica

No hay vinculación de este estudio a programas de postgrado.

Referencias

1. Korkolis DP, Passik CS, Marshalko SJ, Koullias GJ: Early bioprosthetic mitral valve “pseudostenosis” after complete preservation of the native mitral apparatus. *Ann Thorac Surg.* 2002;74(5):1689-91
2. Fasol R, Lakew F. Early failure of bioprosthesis by preserved mitral leaflets. *Ann Thorac Surg.* 2000;70(2):653-4.
3. Thomas B, Carreras F, Borrás X, Pons-Lladó G. An unusual case of bioprosthetic mitral valve thrombosis. *Ann Thorac Surg.* 2001;72(1):259-61.
4. Evora PR, Ribeiro PJ, Brasil JC, Otaviano AG, Reis CL, Bongiovani HL, et al. Experiência com dois tipos de técnicas para o tratamento cirúrgico da insuficiência mitral: I. Prótese com preservação de elementos do sistema valvar; II. Plastia valvar com reconstrução e avanço da cúspide posterior. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 1988;3(1):36-49.