Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 1064

Revista Española de Cardiología

5028-6. VALVULOPLASTIA MITRAL PERCUTÁNEA CON BALÓN EN PACIENTES CON ESTENOSIS MITRAL REUMÁTICA Y ANATOMÍA DESFAVORABLE ¿SCORE DE WILKINS OBSOLETO?

Sonia Antoñana Ugalde, Héctor Manjón Rubio, Ana García Martín, Juan Manuel Monteagudo Ruiz, Luisa Salido Tahoces, Ángel Sánchez-Recalde, Covadonga Fernández-Golfín Lobán y José Luis Zamorano

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La valvuloplastia mitral percutánea con balón (VMPB) es considerada como la primera opción terapéutica para la estenosis mitral reumática (EM). El score de Wilkins (SW), que evalúa características anatómicas, ha sido clásicamente empleado para predecir el resultado tras VMPB. Sin embargo, el envejecimiento de la población y la menor prevalencia de enfermedad valvular reumática hacen que sea necesario tratar a pacientes con una anatomía no favorable. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia y seguridad de esta técnica para la EM reumática en pacientes con una puntuación elevada en el score de Wilkins.

Métodos: Se incluyeron retrospectivamente todos los pacientes sometidos a VMPB en nuestro centro entre enero de 2015 y noviembre de 2021. Se registró la puntuación del score de Wilkins y la reducción en el gradiente medio, el cambio en el área valvular por tiempo de hemipresión y por planimetría antes del procedimiento y a los seis meses de la intervención. Los *endpoints* de eficacia y seguridad fueron definidos como la incidencia de insuficiencia mitral (IM) y la necesidad de recambio valvular mitral (SVM) en el seguimiento. Las diferencias entre paciente con SW bajo (# 8) fueron analizadas.

Resultados: Un total de 72 pacientes fueron incluidos (42 con SW bajo, 30 con SW elevado), con características basales entre ambos grupos similares (tabla). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la reducción en el gradiente medio (3,96 mmHg bajo SW vs 2,66 mmHg alto SW; p = 0,19), el incremento del área por tiempo de hemipresión (0,42 cm^2 bajo SW vs 0,2 cm^2 alto SW; p = 0,1) y por planimetría (0,4 cm^2 bajo SW vs 0,53 cm^2 alto SW; p = 0,47) entre ambos grupos. Tampoco se evidenciaron diferencias significativas en la gravedad de la IM tras VMPB (p = 0,968). El tiempo entre VMPB y SVM fue evaluado mediante un análisis de Kaplan-Meier, que no mostró diferencias en el seguimiento a 60 meses (p = 0,58).

Características basales

	SW ? 8	SW > 8

Edad (DE)	63,3 (11)	70 (11,4)
Sexo (% mujeres)	78	72
FEVI (DE)	64 (8,9)	63,7 (8,3)
Gradiente medio (DE)	8,9 (4,3)	8,7 (3,6)
Área por THP (DE)	1,22 (0,3)	1,3 (0,31)
Área por planimetría (DE)	1,1 (0,36)	1,13 (0,41)

DE: desviación estándar. SW: Score de Wilkins.

Curva de supervivencia de Kaplan-Meier para SVM tras VMPB.

Conclusiones: En nuestro estudio, la VMPB es una procedimiento seguro y efectivo en pacientes con un SW elevado. Las mejoras técnicas en el campo de la imagen permiten un análisis más exhaustivo de la anatomía valvular para un cálculo más ajustado del score de Wilkins.