

Arquitectura de la pared ventricular. Respuesta**Ventricular mural architecture. Response****Sr. Editor:**

Agradecemos a Sánchez-Quintana et al. su interés por el artículo de Antúnez Montes¹. Si entendemos correctamente sus principales mensajes y preocupaciones, han seguido malinterpretando el protocolo original de disección de Torrent-Guasp, insistiendo en que se basaba en «límites anatómicos preexistentes» imaginarios y creaba así algunos «planos de división» imaginarios.

Aunque el principio de la disección cardiaca basado en la orientación de la fibra predominante en un punto dado, junto con el compendio histológico básico, se ha presentado y explicado con detalle muchas veces^{2–5}, con todas sus ventajas e inconvenientes, parece que alguna corriente de pensamiento sigue sin comprender el principio de «predominancia» en la matriz de fibras miocárdicas. Edward Sallín incluso demostró con modelos matemáticos la necesidad de fibras helicoidales para conseguir un trabajo miocárdico cercano a la fracción de eyección del 90%⁶.

Esta correlación¹ está motivada por las formas peculiares en que los hematomas intramurales disecantes posteriores a un infarto diseccionan planos de escisión en las áreas descritas por la banda helicoidal⁷ y, evidentemente, sin la intervención de un disector. Tal como ya se ha mencionado, la función miocárdica es el rasgo distintivo para determinar la credibilidad de la estructura^{1,5}.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.06.026>

Omar Yassef Antúnez Montes^{a,*}, Alberto Sosa Olavarría^b y Mladen J. Kocica^c

^aDepartamento de Docencia e Investigación, Instituto Latinoamericano de Ecografía en Medicina (ILEM), Ciudad de México, México

^bSociedad Venezolana de Ultrasonografía en Ginecología y Obstetricia (SOVUOG), Valencia, Carabobo, Venezuela

^cClinic for Cardiac Surgery, Clinical Centre of Serbia, Belgrado, Serbia

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: antunezyassef@gmail.com

(O.Y. Antúnez Montes).

On-line el 5 de noviembre de 2019

BIBLIOGRAFÍA

1. Antúnez Montes OY. Anatomical Correlation of the Helical Structure of the Ventricular Myocardium Through Echocardiography. *Rev Esp Cardiol.* 2020;73:153–160.
2. Torrent-Guasp F, Kocica MJ, Corno AF, et al. Towards new understanding of the heart structure and function. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2005;27:191–201.
3. Kocica MJ, Corno AF, Carreras-Costa F, et al. The helical ventricular myocardial band: global, three-dimensional, functional architecture of the ventricular myocardium. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2006;29(Suppl 1):S21–S40.
4. Kocica MJ, Corno AF, Lackovic V, Kanjuh VI. The helical ventricular myocardial band of Torrent-Guasp. *Semin Thorac Cardiovasc Surg Pediatr Card Surg Annu.* 2007;52–60.
5. Buckberg GD, Nanda NC, Nguyen C, Kocica MJ. What Is the Heart? Anatomy, Function, Pathophysiology, and Misconceptions. *J Cardiovasc Dev Dis.* 2018. <http://dx.doi.org/10.3390/jcdd5020033>.
6. Sallín E. Fiber orientation and ejection fraction in the human ventricle. *Biophys J.* 1969;9:954–964.
7. Vargas Barrón J, Antúnez Montes OY, Roldán FJ, et al. Myocardial Rupture in Acute Myocardial Infarction: Mechanistic Explanation Based on the Ventricular Myocardial Band Hypothesis. *Rev Invest Clin.* 2015;67:318–322.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.08.010>

0300-8932/

© 2019 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

**Evidencia científica frente a la opinión de expertos.
¿Debemos modificar las guías de práctica clínica?**

**Scientific evidence versus expert opinion. Should we modify
clinical practice guidelines?**
Sr. Editor:

El implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) se ha convertido en el tratamiento de elección en la mayoría de pacientes con estenosis aórtica grave sintomática. La guía de la Sociedad Europea de Cardiología¹ recomienda que el TAVI solo puede realizarse en hospitales con cirugía cardiaca con un nivel de recomendación (I-C) basado en la opinión de expertos. Sin embargo, cada vez se dispone de más datos clínicos para tener un nivel de recomendación diferente sobre este tema con una base científica.

En este sentido, recientemente se han publicado datos de un registro Europeo (EuRECS-TAVI)² de pacientes que requirieron

cirugía cardiaca urgente durante el TAVI vía transfemoral. Se incluyó a 27.760 pacientes, de los que 212 (0,76%) requirieron cirugía cardiaca urgente, y esta cifra se mantuvo estable desde el 2014. Las causas más frecuentes de cirugía urgente fueron: la perforación ventricular izquierda y la rotura de anillo, casi en la mitad de los casos. Al año de seguimiento la mortalidad por todas las causas era alta incluso entre los pacientes con cirugía urgente que sobrevivieron en el periodo hospitalario (60%).

En el año 2014 se publicó un subestudio del registro alemán de TAVI³ en el que se compararon los resultados clínicos de pacientes que habían sido tratados en hospitales con y sin cirugía cardiaca. Se incluyó a 1.432 pacientes, el 12% (n = 172) se sometió a TAVI en hospitales sin cirugía cardiaca. Las características basales fueron similares (Euroscore logístico, 20 ± 11 en centros sin cirugía y 21 ± 14 en centros con cirugía), aunque los pacientes de centros sin cirugía se encontraban hemodinámicamente más estables y más frecuentemente tenían antecedentes de cirugía cardiaca previa. A pesar de procedimientos más largos, las tasas de complicaciones fueron similares. En el registro austriaco de TAVI⁴ se comparó a 290 (15,9%) pacientes con alto riesgo quirúrgico sometidos a TAVI transfemoral en centros sin cirugía frente a 1.532 (84,1%) tratados en centros con cirugía. Los pacientes de hospitales sin cirugía poseían

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.05.024>