



Revista Española de Cardiología



6000-257. ESTUDIO DESCRIPTIVO Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE LA CIRUGÍA DE REPARACIÓN VALVULAR MITRAL EN NUESTRO MEDIO

Carla Fernández-Vivancos Marquina, María Ángeles Gutiérrez Martín, Omar Araji Tiliani, Rafael Hidalgo Urbano, José Miguel Barquero Aroca y José María Cruz Fernández del Área del Corazón, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: La reparación valvular mitral (RVM) ha supuesto un importante avance en el tratamiento de la insuficiencia mitral (IM). En diversas series han sido descritos importantes beneficios de esta técnica quirúrgica. Pretendemos sumarnos a esas series estudiando los resultados de esta intervención en nuestro medio.

Métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes que se han sometido a RVM en nuestro hospital. Se recogen múltiples variables clínicas y ecocardiográficas pre y postquirúrgicas.

Resultados: 98 pacientes fueron intervenidos de RVM entre 2000 y 2011. Edad en el momento de la cirugía 30-83 años (media 59,4; DT 13 años), 26% mayores de 70 años. Un 9,2% presentó IM aguda. La clase funcional NYHA previa fue II-III en el 63%. Los parámetros ecocardiográficos prequirúrgicos fueron: FEVI media 63% (DE 7), tamaño de la aurícula izquierda (AI) 52,6 mm (DE 7,4) y DTDVI de 57,8 mm (DE 7,6). IM 3,64 sobre 4 (DE 0,48). El velo más afectado fue el posterior (89,8%), y el segmento, el P2 (62%). La IM fue principalmente por rotura de cuerdas (63,2%) y elongación del aparato subvalvular (31,6%). Un 8,2% de los pacientes se sometieron a cirugía urgente y un 1% emergente. La RVM fue una cirugía aislada en el 90,8% de los casos, se asoció a bypass coronario en 5,1%, sustitución valvular aórtica en 1% y David en 3,1%. No hubo ningún exitus intraoperatorio. IM posquirúrgica nula en el 83,7% (media 0,18 sobre 4; DE 0,43). Un 27,9% presentaron complicaciones graves en el postoperatorio. Esto supuso una mortalidad en los primeros 30 días del 6,1%. La estancia media en UCI fue de 4,4 días (DE 4,3) y hospitalaria 13,9 días (DE 11,7) NYHA al alta fue de 1,06 (DE 0,52). Tiempo de seguimiento 8-133 meses (medio 54,7, DE 30,2). Un 2% precisó una segunda intervención. Hubo 3 fallecimientos tardíos, dos de ellos de causa no cardíaca y otro tras reintervención. El tamaño de la AI en la revisión era de 44,3 mm de media (DE 7,5), el DTDVI de 47,9 (DE 5,7) y la FEVI de 62,3 (DE 6).

Conclusiones: Al igual que en otras series publicadas, los resultados observados tras la RVM son satisfactorios. Esta mejoría es más marcada desde el punto de vista funcional, siendo los parámetros ecocardiográficos y la clase NYHA los que más cambian tras la cirugía. El mayor porcentaje de pacientes añosos y de cirugías urgentes puede explicar la mayor mortalidad precoz encontrada en nuestra serie.