

RCV de mujeres y varones, con tendencia infratratarse a las mujeres en prevención secundaria y también a las de muy alto o alto RCV y a sobretreatarse a las mujeres de riesgo moderado o bajo, lo que indica una discriminación negativa en el abordaje del RCV alto y muy alto en la mujer.

Nuestro estudio anima a investigar estrategias que incrementen la sensibilización de los profesionales para lograr la equidad y un similar compromiso en el abordaje del RCV en la mujer, sobre todo en lo relativo a prevención secundaria y mujeres de muy alto y alto RCV, lo que redundaría, además, en un uso más eficiente de los hipolipemiantes.

FINANCIACIÓN

Plan Nacional de Investigación Científica 2004-2007 (PI071218), Contrato Río Hortega (CM08/00141) del Instituto de Salud Carlos III, Beca del Plan Integral de Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura, Fundesalud, Junta de Extremadura.

Francisco Javier Félix-Redondo^{a,b}, Luis Lozano-Mera^{b,c}, José María Mostaza^d, Pedro Saénz^e, Daniel Fernández-Berges^{b,f} y Francisco Buitrago^{b,g,*}

^aCentro de Salud Villanueva Norte, Villanueva de la Serena, Badajoz, España

^bUnidad de Investigación GRIMEX, Programa de Investigación de Enfermedades Cardiovasculares (PERICLES), Badajoz, España

^cCentro de Salud Urbano I, Mérida, Badajoz, España

^dUnidad de Arteriosclerosis, Hospital Carlos III, Madrid, España

^eUnidad de Lípidos, Hospital de Mérida, Mérida, Badajoz, España

^fUnidad de Investigación, Área de Salud Don Benito-Villanueva de la Serena, Badajoz, España

^gCentro de Salud Universitario La Paz, Badajoz, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: fbuitragor@gmail.com (F. Buitrago).

On-line el 23 de octubre de 2015

BIBLIOGRAFÍA

1. Reiner Ž, Catapano AL, de Backer G, Graham I, Taskinen MR, Wiklund O, et al. Guía de la ESC/EAS sobre el manejo de las dislipemias. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64:1168.e1-e60.
2. Tabenkin H, Eaton CB, Roberts MB, Parker DR, McMurray JH, Borkan J. Differences in cardiovascular risk factor management in primary care by sex of physician and patient. *Ann Fam Med.* 2010;8:25-32.
3. Baena-Díez JM, Félix FJ, Grau M, Cabrera de León A, Sanz H, Leal M, et al. Tratamiento y control de los factores de riesgo según el riesgo de cardiopatía en la población española del estudio DARIOS. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64:766-73.
4. Guallar-Castillón P, Gil-Montero M, León-Muñoz LM, Graciani A, Bayán-Bravo A, Taboada JM, et al. Magnitud y manejo de la hipercolesterolemia en la población adulta de España, 2008-2010, el estudio ENRICA. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65:551-8.
5. Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovas J, Cordón F, et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. *Rev Esp Cardiol.* 2003;56:253-61.
6. Estudio de la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en un Área Sanitaria de Badajoz. Estudio HERMEX. Metodología, resultados y conclusiones del Estudio Piloto [citado 4 Ago 2015]. Disponible en: <http://www.grimex.org/prevencion-primaria-hermex/>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.08.006>

Reparación percutánea combinada de válvula mitral: cierre de fuga paraavalvular e implante de prótesis transcáteter en paciente de alto riesgo con insuficiencia mitral grave



Combined Percutaneous Mitral Valve Implantation and Paraavalvular Leak Closure in a High-risk Patient With Severe Mitral Regurgitation

Sr. Editor:

Las ventajas de la reparación quirúrgica frente a la sustitución de la válvula mitral están ampliamente documentadas, y esta opción de tratamiento ha pasado a ser la preferida para los pacientes con insuficiencia mitral. Sin embargo, estudios recientes han puesto en duda la durabilidad de la reparación valvular, con una tasa de reintervenciones de hasta un 10-15% a los 10 años de seguimiento¹. En los casos de recurrencia de la insuficiencia mitral, la reintervención comporta a menudo un alto riesgo, lo que motiva que no se opere a un número significativo de pacientes.

En informes de casos aislados se ha sugerido la viabilidad del implante percutáneo de válvula mitral en presencia de una anuloplastia². En la mayoría de los pacientes se utilizó un abordaje transapical y se realizó un implante percutáneo de una válvula Melody[®] o Edwards SAPIEN en el anillo mitral³⁻⁶.

Presentamos el caso de un varón con un fallo de la reparación de la válvula mitral, en quien se llevó a cabo una reparación percutánea completa del fallo de la intervención quirúrgica, con un cierre transfemoral de una fuga paraavalvular mitral e implante de una válvula Edwards SAPIEN XT en el anillo mitral, en la misma intervención.

Se trata de un varón de 62 años de edad ingresado a causa de una insuficiencia cardíaca congestiva. Diez años antes se le había

practicado cirugía de revascularización arterial coronaria (de arteria mamaria interna izquierda a arteria descendente anterior, e injerto de vena safena a la arteria circunfleja) con reparación de la válvula mitral e implante de un anillo semirrígido CE Physio de 30 mm (Edwards Lifesciences Inc; Irvine, California, Estados Unidos). Al ingreso, la ecocardiografía transesofágica mostró una insuficiencia mitral grave debida a una fuga paraanular anteroapical, con un chorro intravalvular central asociado a una degeneración de la valva y una disfunción ventricular izquierda moderada (fracción de eyección del 40%), con hipertensión pulmonar grave. Se realizó una coronariografía que descartó la presencia de una enfermedad coronaria importante y mostró unos injertos coronarios permeables. Se rechazó al paciente como candidato a una nueva intervención quirúrgica (EuroSCORE logístico 21,49%, puntuación de la *Society of Thoracic Surgeons* 10,23%) y se programó un implante de válvula dentro del anillo por vía transfemoral, con cierre de la fuga paraanular.

Tras una punción transeptal se estableció un bucle arteriovenoso con una guía de punta recta hidrófila, que se había hecho pasar por la fuga de modo retrógrado desde el ventrículo izquierdo. Se capturó con un lazo en la aurícula izquierda y se sacó a través de la vena femoral. A continuación se introdujo un catéter Amplatz izquierdo en la aurícula izquierda, desde el lado venoso, y se pasó una guía hidrófila por la válvula mitral de manera anterógrada, que se capturó en la aorta descendente y se externalizó a través de la arteria femoral, creando un segundo bucle venoarterial. Tras una dilatación del tabique con balón de 16 mm, se utilizó una prótesis 29 Edwards SAPIEN XT montada de modo invertido sobre un catéter de aplicación Novaflex 18-F (Edwards Lifesciences), que se implantó dentro del anillo mitral bajo estimulación rápida, con inflado lento y controlado del balón (figura 1). Después del implante de la válvula se introdujo una vaina 7-F a través del primer bucle arteriovenoso, y tras analizar

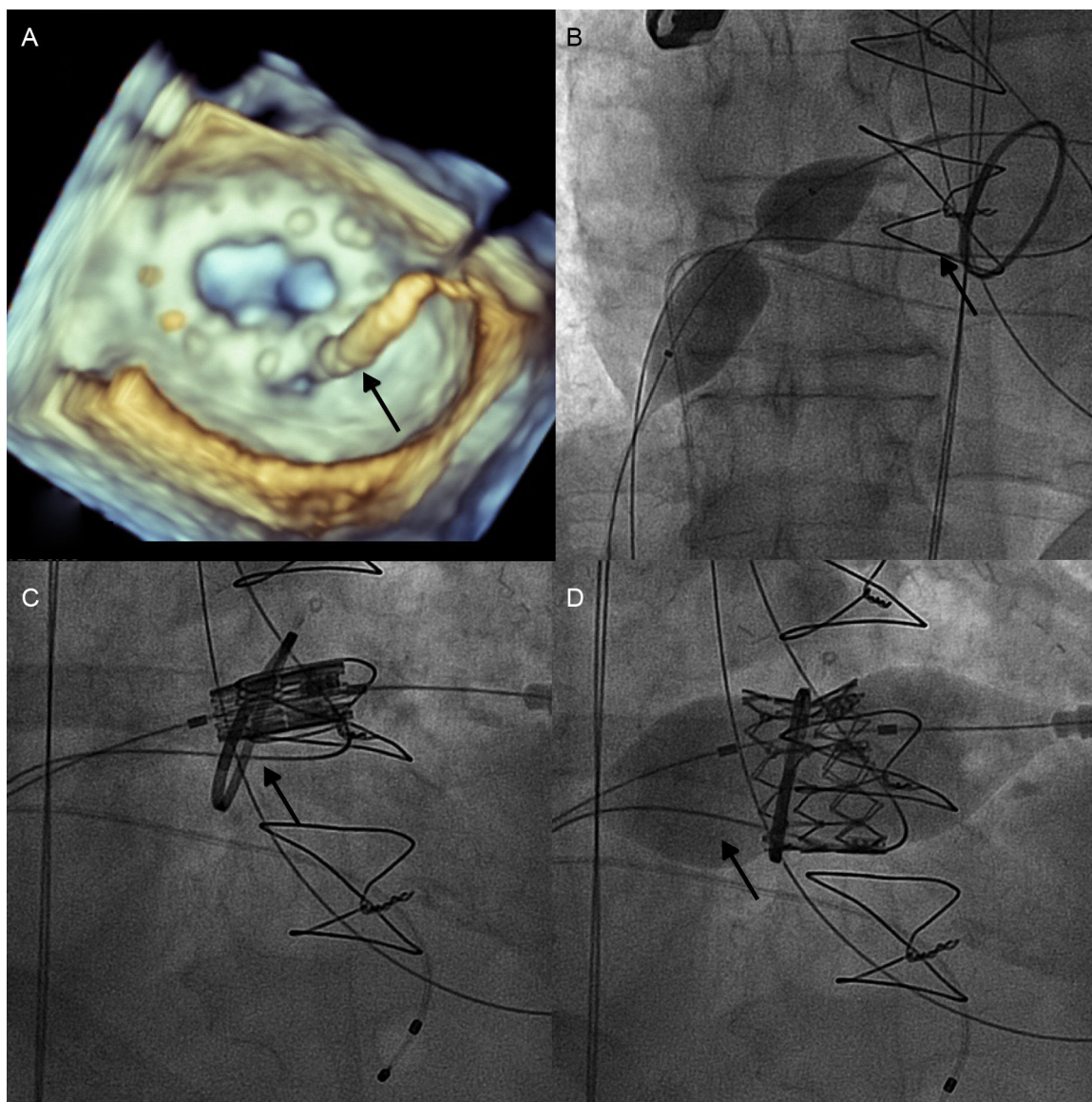


Figura 1. A: ecocardiografía transesofágica tridimensional de la guía (flecha) que pasa por la fuga paravalvular. B: septostomía con balón. C: introducción de la válvula 29 Edwards SAPIEN XT en el anillo mitral. D: implante valvular, con un 80% de la válvula en el ventrículo izquierdo.

las imágenes de ecocardiografía transesofágica se implantó un dispositivo (AMPLATZER™ vascular plug III, de 14/5) en la fuga, con un muy buen resultado ecocardiográfico y una insuficiencia mitral residual mínima (figura 2).

Se dio de alta al paciente a los 3 días de la intervención, y 6 meses después se mantiene asintomático.

El tratamiento percutáneo completo de un fallo de una reparación quirúrgica con insuficiencia valvular y paraanular importante puede realizarse en pacientes de alto riesgo con un cierre transfemoral de la fuga paraanular mitral y el implante de una válvula Edwards SAPIEN XT en el anillo mitral, durante la misma intervención. La estrategia de la intervención es esencial para evitar posibles complicaciones, permitir el éxito del procedimiento y mejorar el resultado final.

En este caso, los dos bucles arteriovenosos se establecieron al inicio de la intervención y se implantó la válvula antes del cierre de la fuga. Este enfoque puede tener varias ventajas: es posible modificar el tamaño y la forma de la fuga después del implante de la válvula, con lo que se consigue una mejor aposición entre el anillo y el tejido circundante, y de esta forma se reduce el tamaño

de la fuga y se facilita el cierre paraanular de esta. Además, la estructura de la válvula proporciona un mejor anclaje del tapón vascular, que puede aplicarse con facilidad, vigilando al mismo tiempo una posible interferencia del dispositivo con la válvula implantada.

Los primeros casos de implante percutáneo de válvula dentro del anillo mitral se realizaron con válvulas Melody^{®2}, pero actualmente se prefiere la Edwards SAPIEN XT. El tamaño limitado de la válvula Melody[®] condiciona un tamaño del anillo apropiado para el implante. Además, el perfil más bajo y las posibilidades de flexión en la aplicación del sistema Edwards facilitan el despliegue de la válvula.

Otro problema del implante de una válvula dentro de un anillo es que el anillo mitral tiene una forma más oval, mientras que la válvula es más redonda. A este respecto, la mayor fuerza radial de la válvula del sistema Edwards, además de un hinchado lento, puede ser útil para la adaptación del anillo a la forma de la válvula, con una mejora del resultado.

La reparación completa por vía transfemoral de una degeneración de una bioprótesis mitral quirúrgica con una insuficiencia

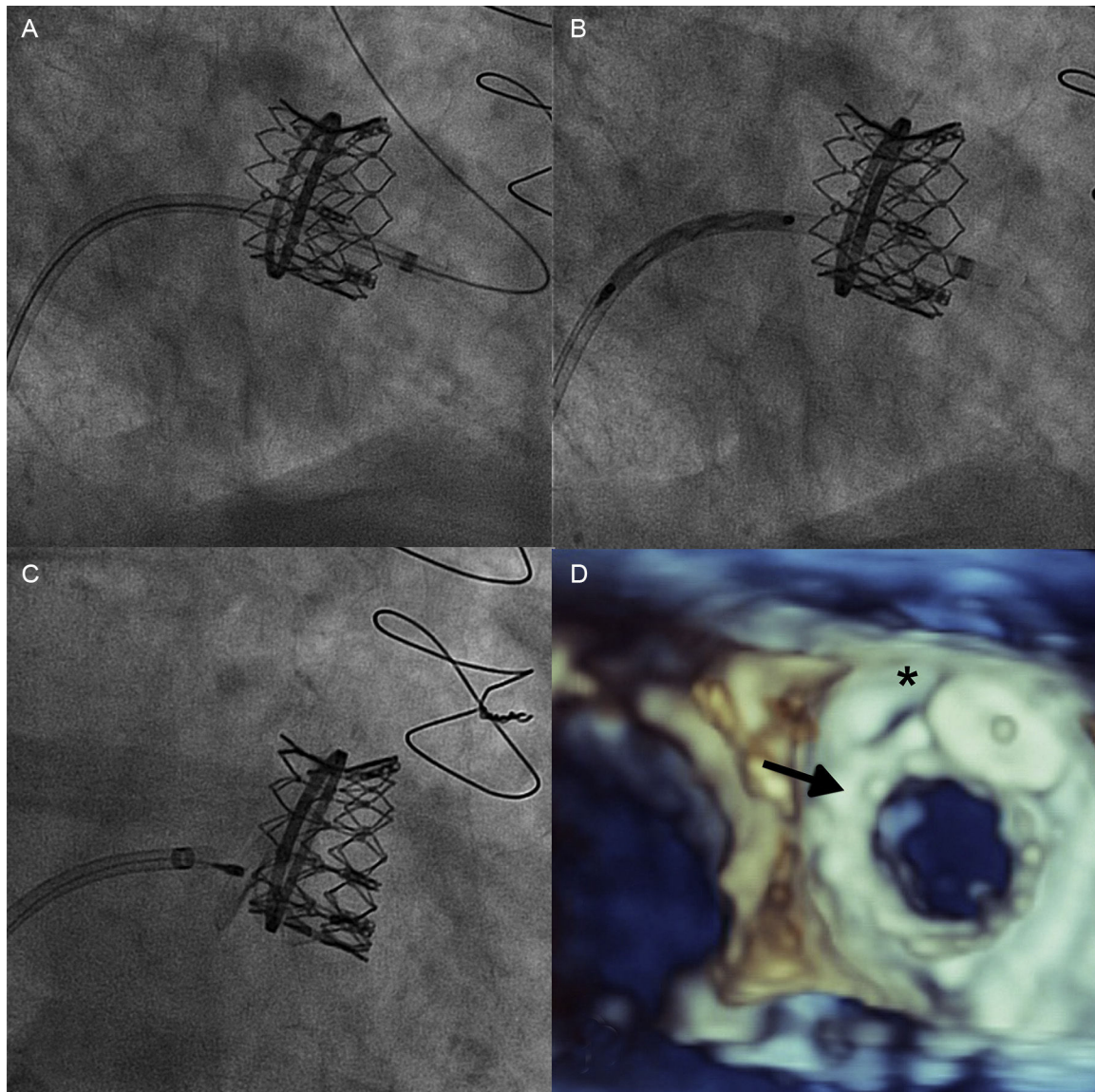


Figura 2. Cierre de la fuga paraanular. A: introducción de la vaina a través de la fuga, para pasar al ventrículo izquierdo. B: introducción del dispositivo de tapón vascular 14/5 Amplatzer III. C: implante del tapón vascular. D: resultado final ecocardiográfico (válvula SAPIEN XT, flecha; tapón vascular, asterisco).

paravalvular importante puede realizarse en pacientes de alto riesgo con un implante de válvula dentro del anillo y una reparación de la fuga paraanular durante la misma intervención.

Eulogio García^a, Leire Unzué^{a,*}, Carlos Almería^b, Ignacio Cruz^c, Luis Nombela^b y Pilar Jiménez-Quevedo^b

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitario Montepíncipe, Madrid, España

^bServicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^cServicio de Cardiología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: leireunzue@yahoo.es (L. Unzué).

On-line el 21 de octubre de 2015

BIBLIOGRAFÍA

1. Shuhaiber J, Anderson RJ. Meta-analysis of clinical outcomes following surgical mitral valve repair or replacement. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2007;31:267-75.
2. Kliger C, Angulo R, Maranan L, Kumar R, Jelnin V, Kronzon I, et al. Percutaneous complete repair of failed mitral valve prosthesis: simultaneous closure of mitral paravalvular leaks and transcatheter mitral valve implantation – single-centre experience. *EuroIntervention.* 2015;10:1336-45.
3. Shuto T, Kondo N, Dori Y, Koomalsingh KJ, Glatz AC, Rome JJ, et al. Percutaneous transvenous Melody valve-in-ring procedure for mitral valve replacement. *J Am Coll Cardiol.* 2011;58:2475-80.
4. de Weger A, Ewe SH, Delgado V, Bax JJ. First-in-man implantation of a transcatheter aortic valve in a mitral annuloplasty ring: novel treatment modality for failed mitral valve repair. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2011;39:1054-6.
5. Casselman F, Martens S, de Bruyne B, Degrieck I. Reducing operative mortality in valvular reoperations: the 'valve in ring' procedure. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2011;141:1317-8.
6. Descoutures F, Himbert D, Maisano F, Casselman F, de Weger A, Bodea O, et al. Transcatheter valve-in-ring implantation after failure of surgical mitral repair. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2013;44:e8-15.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.08.007>