

¿REEMPLAZAMOS LA VÁLVULA AÓRTICA EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA MODERADA E INSUFICIENCIA CARDIACA REDUCIDA?

Autor: Marcos García Aguado (Cardiólogo clínico en el Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda. Madrid)

Fecha de publicación: 03/12/2024

Patología: Miscelánea / Categoría: Novedades

Tiempo de lectura: 3 minutos



*Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen **enlaces** a la evidencia científica en la que se sustenta.*

“Reducir la resistencia al vaciado del ventrículo izquierdo durante la sístole debería aportar beneficios a los pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (ICFER) facilitando el “trabajo” cardiaco. En base a esta hipótesis, el reemplazo de la válvula aórtica mediante implante percutáneo (TAVI) en pacientes con estenosis aórtica moderada e ICFER debería mejorar la clínica y/o pronóstico, estableciéndose como un complemento de la terapia de modulación neurohormonal y corrección de la hipervolemia. ¿Es así? El estudio [TAVR UNLOAD](#) intenta responder a esta cuestión”

La estenosis aórtica produce síntomas cuando el gradiente transvalvular es severo, lo que genera una sobrecarga de presión intracardiaca y posteriormente provocará un declive de la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVi), entre otras cosas. Por ello, aquellos pacientes con estenosis severa, más pronto que tarde, desarrollarán síntomas y diversas patologías asociadas, como la insuficiencia cardiaca (IC).

El deterioro de la FEVi, con o sin desarrollo de IC, empeora el pronóstico del paciente. Las directrices de práctica clínica, a ambos lados del atlántico, recomiendan el reemplazo

valvular aórtico en caso de disfunción ventricular izquierda y estenosis aórtica severa, aunque el paciente esté asintomático.

En cambio, los pacientes con estenosis moderada, en principio, no debería presentar síntomas ni repercusiones relevantes a nivel cardiaco, aunque aquellos con una FEVi reducida verían dificultada la eyección cardiaca sistólica, quizá responsable de magnificar los síntomas de los pacientes con diagnóstico de ICFer. Si unimos esta hipótesis al menor riesgo de la TAVI frente a la cirugía en el reemplazo valvular, nos surgiría la siguiente pregunta: **¿SERÍA INTERESANTE REEMPLAZAR LA VÁLVULA EN PACIENTES CON ICFER Y ESTENOSIS AÓRTICA MODERADA?**

Antes de responder a esta cuestión, debemos:

- Estar seguros de que el paciente no está infradiagnosticado, es decir, que realmente no tenga una estenosis aórtica severa. Para descartar la severidad se suele indicar una prueba de estrés ecocardiográfico o un estudio de calcio en válvula aórtica por TAC.
- Descartar otras etiologías de disfunción ventricular izquierda, puesto que una estenosis aórtica moderada no debería ser causa y, además, diagnosticar una etiología reversible mejoraría la fracción de eyección ventricular izquierda.

¿Y SI CONFIRMAMOS QUE LA ESTENOSIS ES MODERADA Y NO ENCONTRAMOS UNA CAUSA TRATABLE DE LA DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA?

El estudio [TAVR UNLOAD](#), multicéntrico realizado en 66 centros de **Estados Unidos, Países Bajos y Austria**, ha intentado responder a esta pregunta.

Se reclutaron 178 pacientes con FEVi < 50% y clínica de insuficiencia cardiaca (IC), con un grado funcional de la NYHA \geq II (un poco más del 50% de los participantes estaban en grado III) y estenosis aórtica moderada confirmada que fuera adecuada anatómicamente para TAVI transfemoral. El riesgo quirúrgico promedio fue de 4,4% y la FEVi promedio del 39%.

Se comparó la intervención TAVI con el seguimiento estrecho sin intervención. La mediana de seguimiento fue de 23 meses.

El objetivo principal fue un combinado jerárquico de muerte por todas las causas, accidente cerebrovascular incapacitante, hospitalización relacionada con la enfermedad y equivalentes de hospitalización por IC, y calidad de vida medida por el cuestionario **KCCQ**.

La proporción de victorias en el brazo de intervención no alcanzó la significación estadística, sin diferencias con el brazo de vigilancia estrecha: 1,31; IC 95% 0,91-1,88. El procedimiento percutáneo fue seguro.

Si se observó una mejora de la calidad de vida, pero el beneficio desaparecía a medida que los pacientes del brazo control pasaban a recambio valvular debido a su progresión a formas severas.

El estudio presenta algunos aspectos discutibles, entre ellos:

- que el 43% de los pacientes fueron tratados con TAVI, con una mediana de 12 meses desde la aleatorización, debido a que su estenosis se hizo severa. El tiempo se antoja muy corto, quizá porque ¿la estenosis aórtica fue infraestimada como moderada y realmente era severa?, o ¿los pacientes reclutados tenían gradientes transvalvulares al límite de la severidad?);
- que el estudio solo reclutó 178 pacientes con una media de edad de 78 años y predominio de varones (79% aprox), lejos del objetivo inicial de 600 pacientes;
- que el estudio se finalizó anticipadamente por el lento reclutamiento de pacientes, sin alcanzar el tamaño muestral predefinido, que además fue modificado a la baja durante el estudio.

CONCLUSIÓN

La TAVI preventiva en pacientes con ICFer y estenosis aórtica moderada no aporta beneficios relevantes, por tanto, debemos continuar con el seguimiento en consultas (*incluyendo un tratamiento optimizado de la IC*) y esperar a la severidad de la estenosis para plantear el recambio valvular.

La progresión rápida de la estenosis hacia formas severas observada en este estudio debe hacernos replantear los tiempos actuales entre revisiones, buscando más estrechos con controles ecocardiográficos más minuciosos (*evitar subestimar la severidad*).

Pero los resultados deben tomarse con cautela, puesto que sus limitaciones restan fiabilidad a sus conclusiones.

Necesitamos más datos. De hecho, el reemplazo valvular en estenosis aórtica moderada se está estudiando en otros estudios, como el **PROGRESS** y el **EXPAND II**, aunque en estos casos los pacientes reclutados tienen una FEVi preservada.

En definitiva, no se debe reemplazar la válvula aórtica en pacientes con ICFer con estenosis aórtica moderada por falta de evidencia de calidad que lo justifique, aunque existen situaciones en las que podría tener sentido, como aquellos pacientes con estenosis aórtica moderada y síntomas refractarios a la terapia optimizada, más aún en el caso de pacientes añosos en regiones con sistemas sanitarios en los que es difícil un seguimiento estrecho, o en aquellos casos en los que los tiempos de espera, una vez indicada la intervención, sean excesivamente largos.



Ilustración 1. Estudio TAVR UNLOAD. CARPRIMARIA

REFERENCIAS

[J Am Coll Cardiol. 22 oct 2024](#)

[J Am Coll Cardiol. 28 oct 2024](#)