



6007-16. PAPEL DE LA VALVULOPLASTIA AÓRTICA EN LA ERA TAVI ¿SIGUE SIENDO UNA ALTERNATIVA?

Javier González Martín, Pablo Luengo Mondéjar, Javier Martín Moreiras, Alejandro Diego Nieto, Jean Carlos Núñez, Gilles José Barreira de Sousa, Lucía Rodríguez Estévez, Alba Cruz Galbán, Miguel Hernández Hidalgo, Milena Antúnez Ballesteros, Marta Alonso Fernández de Gatta, Adrián Cid Menéndez, Alfredo Barrio Rodríguez, Ignacio Cruz González y Pedro Luis Sánchez Fernández

Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Resumen

Introducción y objetivos: El implante percutáneo de válvulas aórticas (TAVI) ha revolucionado el tratamiento de la estenosis aórtica, siendo el tratamiento de elección para pacientes de más de 75 años. La valvuloplastia aórtica con balón (VAB), ha quedado relegada como técnica paliativa o para pacientes inestables, como puente a TAVI o recambio quirúrgico. Nuestro estudio pretende evaluar el papel de esta técnica en el ámbito actual.

Métodos: Análisis observacional retrospectivo de las VAB realizadas en nuestro centro (N = 93) entre 2009 y 2021. Analizamos las características basales de los pacientes, la indicación y las características del procedimiento y su evolución clínica, a 30 días y un año.

Resultados: De los 93 pacientes analizados, la causa más frecuente de VAB fue el *shock* cardiogénico (33,3%) seguido de intervención no-cardíaca (25,8%). Un 21,4% de los pacientes sufrieron complicaciones, en su mayoría vasculares y 3 fallecieron en el procedimiento. La supervivencia al año total fue del 47,3%. La supervivencia de los pacientes sometidos a intervención valvular posterior (quirúrgica o TAVI) fue del 73,3%, frente a un 41,1% en los que se decidió tratamiento conservador ($p = 0,04\%$). La menor supervivencia al año (36,6%) se objetivó en los pacientes en *shock* cardiogénico. La ausencia de disfunción de ventrículo derecho previa al implante ($p = 0,027$) se relacionó con una mayor supervivencia al año y la ausencia de insuficiencia tricuspídea ($p = 0,06$), mostro una tendencia a la significación. Peor pronóstico al año se relacionó con la necesidad de inotrópicos ($p = 0,036$) y vasopresores ($p = 0,002$). En el seguimiento, una mejor clase funcional (NYHA I-II), ($p = 0,001$), la ausencia de disfunción ventricular derecha ($p = 0,05$) y la ausencia de insuficiencia mitral ($p = 0,04$), y tricuspídea ($p = 0,01$) se relacionaron con una mayor supervivencia al año. La disfunción ventricular izquierda en el seguimiento, mostró tendencia a la significación.

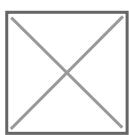
1,1 Características basales y del procedimiento

1,2 Seguimiento y supervivencia
(cont)

Características basales	Edad (media)	77	Indicación	Sintomático (n, %)	9 (9,7%)	Ecocardiograma FEVI posintervención (media)		52,15%
	Varón (n, %)	54 (58,1%)		<i>Shock</i> cardiogénico (n, %)	31 (83,3%)	FEVD conservada (n, %)		46 (49,5%)
	HTA (n, %)	77 (82,8%)		Pre Cx no cardíaca sintomático (n, %)	8 (8,6%)	Insuficiencia aórtica moderada-grave (n, %)		14 (15,1%)
	Dislipemia (n, %)	48 (51,6%)		Pre Cx no cardíaca asintomático (n, %)	24 (25,8%)	Insuficiencia Mitral moderada-grave		20 (21,6%)
	Diabetes mellitus (n, %)	27 (37,6%)		Puente Cx/TAVI (n, %)	9 (9,7%)	Insuficiencia Tricuspídea moderada-grave		18 (19,4%)
Ecocardiograma previo	EuroSCORE	20,92%	Situación al procedimiento	Inotrópicos (n, %)	21 (22,6%)	Destino	Tratamiento sintomático (n, %)	21 (22,6%)
	CI previa (n, %)	18 (19,4%)		Vasopresores (n, %)	26 (28%)		Cx/TAVI (n, %)	37 (39,8%)
	Cx. Valvular (n, %)	6 (6,5%)		Creatinina	1,7		Seguimiento (n, %)	24 (25,8%)
	FEVI (media)	51,34%		CF III-IV n(5)	51 (54,8%)	Supervivencia al año	Total (n, %)	44 (47,3%)
	FEVD conservada (n, %)	67 (72%)	Ingreso	Días de ingreso	11,26	S. por indicación	<i>Shock</i> cardiogénico	8 (36,3%)

Insuficiencia aórtica moderada-grave (n, %)	13 (24%)	fallecimientos (n, %)	10 (10,8%)	Previo Cx no cardiaca (n, %)	22 (78%)
Insuficiencia mitral moderada-grave (n, %)	31 (33,4%)	1,2 seguimiento y supervivencia		Puente Cx/TAVI (n, %)	8 (57,1%)
Insuficiencia Tricuspídea moderada-grave (n, %).	26 (27,9%)	CF NYHA	I-II (n, %) 50 (53,7)	S. según destino	Cx/TAVI (n, %) 22 (73,3%)
	Gradiente medio pre mmHg	55			
Procedimiento. Valvuloplastia	Gradiente medio post- mmHg	29,165			
	Disminución gradiente, mmHg.	26	Muerte cardiovascular	22 (23,7%)	Tratamiento conservador 7 (41%) (n, %)
Complicaciones del procedimiento	Trastorno conducción (n, %)	3 (3,2%)			
	Vascular (n, %)	7 (7,5%)			

Clase funcional (CF), cardiopatía isquémica (CI), cirugía (Cx), función ventricular izquierda (FEVI), función ventricular derecha (FEVD), hipertensión arterial (HTA), bioprótesis aórtica percutánea (TAVI).



Curva de supervivencia.

Conclusiones: La VAB efectuada como puente a recambio valvular percutáneo o quirúrgico tiene mejor pronóstico que la VAB aislada (supervivencia al año inferior al 50%). La disfunción ventricular derecha preintervencionismo y el *shock* cardiogénico tienen impacto pronóstico al año. Teniendo en cuenta la disponibilidad actual de la TAVI, el tratamiento con VAB aislado presenta pobres resultados al año y debería relegarse a casos individualizados.