



Revista Española de Cardiología



6028-311. IMPLANTE DIRECTO FRENTE A VALVULOPLASTIA PREIMPLANTE DE TAVI. CAMBIANDO LAS REGLAS

Carlos Ferrera Durán, Luis Nombela-Franco, Pilar Jiménez-Quevedo, Carlos Almería Valera, Fabián Islas, Gabriela Tirado Conte, Antonio Fernández Ortiz y Carlos Macaya Miguel del Instituto Cardiovascular. Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La valvuloplastia con balón (VB) se ha considerado como un paso previo obligado en el implante de prótesis aórticas transcáteter (TAVI). Sin embargo, esta técnica puede asociar complicaciones y no está claro que garantice mayor éxito del procedimiento. Nuestro objetivo fue evaluar la viabilidad y efectividad del implante directo de TAVI en comparación con el abordaje clásico de VB preimplante, en términos de éxito y complicaciones del procedimiento e insuficiencia aórtica (IAo) residual.

Métodos: Analizamos 258 pacientes a los que se les implantó una TAVI, recogidos de forma prospectiva y consecutiva desde julio 2008 hasta diciembre 2014 en un hospital terciario. Se clasificaron en 2 grupos: G-I (n = 95), implante directo de TAVI; G-II (n = 164), VB preimplante. Se realizó un análisis de regresión logística y un “*propensity score analysis*” para el estudio de la IAo residual, ajustando por tipo de válvula, grado de calcificación y ratio diámetro anillo/prótesis.

Resultados: Las características basales, el grado de calcificación valvular y el tipo de válvula empleada fueron similares en ambos grupos ($p > 0,10$). No hubo diferencias en el éxito del procedimiento (93,7% frente a 96,9%, $p = 0,282$), ni en la necesidad de posdilatación (21,1% frente a 25,8%, $p = 0,506$). La cantidad de contraste precisado durante el procedimiento y la tasa de nefropatía por contraste (grado II-III de la clasificación de RIFLE) fue significativamente menor en el grupo sin VB (tabla). No hubo diferencias significativas en la aparición de ictus posprocedimiento ni en la mortalidad intrahospitalaria. La proporción de pacientes sin IAo residual fue mayor en el grupo sin VB (48,4% frente a 33,3%, $p = 0,017$). El implante directo resultó un factor protector para la IAo residual en el análisis multivariado y *propensity score analysis* (OR: 0,60 IC95% 0,34-1,05, $p = 0,074$).

Variables	G-I (implante directo) (n = 95)	G-II (VB previa) (n = 164)	p
Sexo (varones)	36,8% (35)	36,8% (60)	NS
Edad (media)	82,1 (5,95)	82,9 (5,5)	NS
Tipo de válvula CoreValve	33,7% (32)	36,8% (60)	NS

Tipo de válvula Edwards-Sapiens	66,3% (63)	63,2% (103)	NS
Calcificación valvular leve	50,5% (48)	42,9% (70)	NS
Calcificación valvular moderada	31,6% (30)	38,7% (63)	
Calcificación valvular grave	12,6% (12)	17,2% (28)	
Contraste utilizado (ml), media (DE)	140,7 (71,9)	175,1 (81,5)	< 0,001
Nefropatía por contraste grado ? 1	100% (95)	91,3% (147)	0,003
Nefropatía por contraste grado ? 2	0% (0)	8,7% (14)	
Sin IAo residual	48,4% (46)	33,3% (53)	0,05
IAo residual grado 1	31,6% (30)	37,7% (60)	
IAo residual ? grado 2	20,0% (19)	28,9% (46)	
Ictus periprocedimiento	3,3% (3)	1,2% (2)	NS
Cirugía cardíaca posprocedimiento	3,3% (3)	3,7% (6)	NS
Mortalidad	3,3% (3)	9,9% (16)	NS
NS: ausencia de significación estadística.			

Conclusiones: El implante directo de TAVI constituye una opción factible, segura y simplifica el procedimiento en comparación con el abordaje clásico de VB previa, con una tasa equivalente de éxito. La tasa de nefropatía por contraste e IAo residual fue menor en el grupo de implante directo.