



6012-218. ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE Y DISFUNCIÓN SISTÓLICA VENTRICULAR IZQUIERDA: ¿TAVI O CIRUGÍA?

Irene Méndez Santos, Román Calvo Jambrina, Manuel Luna Morales, Carlos Velázquez Velázquez, Omar Araji, Rafael J. Hidalgo Urbano, Rafael Ruiz-Salmerón y José Miguel Barquero Aroca, del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con estenosis aórtica grave sintomática (EAo) y disfunción sistólica ventricular izquierda (DS) constituyen un grupo de mayor riesgo quirúrgico y peor pronóstico. A pesar de que dichos pacientes podrían beneficiarse de un tratamiento que evitara el daño cardíaco que supone la circulación extracorpórea, las GPC no incorporan la DS como un factor independiente a considerar a la hora de elegir entre una u otra opción. Nuestro objetivo fue analizar las características clínicas y los hallazgos ecocardiográficos de los pacientes con EAo y DS intervenidos en nuestro centro.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con DS y EAo intervenidos en nuestro centro entre 2014 y 2017. Se excluyeron aquellos pacientes que en el mismo acto fueron revascularizados, intervenidos de aorta ascendente u otra valvulopatía. La mejoría de la FEVI se calculó en valor absoluto como diferencia FEVI post-FEVI pre y se consideró mejoría si era $> 10\%$.

Resultados: Se analizaron un total de 77 pacientes de los cuales 27 se intervinieron quirúrgicamente y 50 percutáneamente. Los pacientes sometidos a TAVI presentaban mayor comorbilidad: edad (77,4 frente a 68,2, $p 0,005$), cardiopatía isquémica (48 frente a 26%, $p 0,05$), CCV previa (18 frente a 0%, $p 0,05$), DM (24 frente a 6%, $p 0,05$), insuficiencia renal (18 frente a 2%, $p 0,05$), EuroSCORE log (20,1 frente a 5,7, $p 0,005$) y STS (4,9 frente a 2,9, $p 0,005$). Sin embargo, no encontramos diferencias en la FEVI previa (38,4 frente a 38,3% NS), la velocidad máx aórtica (4,1 frente a 4,2 m/s NS), gradiente medio (43 frente a 46 mmHg, NS) ni en la PSAP (55 frente a 49 mmHg, NS). En cuanto al resultado posintervención, ambos grupos mejoraron la FEVI sin diferencias entre ellos ni en valor absoluto (15,3 frente a 17,85%, NS) ni en el porcentaje de pacientes que mejoraron (86,5% frente a 87% NS). Aunque los grupos nos son homogéneos, tampoco encontramos diferencias en los días de estancia hospitalaria (14,7 frente a 14,2 NS), ni la mortalidad hospitalaria (8% frente a 11% NS). 17 pacientes, un 22%, tenían una FE $\geq 30\%$, 11 se sometieron a TAVI y 6 a CCV. En este subgrupo de pacientes hubo 2 muertes intrahospitalarias en los tratados quirúrgicamente frente a 1 de los percutáneos.

Conclusiones: Los pacientes con EAo y DS constituyen un grupo con alta comorbilidad lo que determina que la mayoría sean sometidos a TAVI. La FE previa no condiciona la elección entre una y otra técnica y no hay diferencias entre ambas en la mejoría de la FE. Harían falta nuevos estudios para determinar si el subgrupo de pacientes con FE $\geq 30\%$ se beneficia más de un tratamiento percutáneo.