



4005-4. PREDICTORES E IMPACTO CLÍNICO DEL DAÑO MIOCÁRDICO TRAS EL IMPLANTE PERCUTÁNEO DE VÁLVULA AÓRTICA: RESULTADOS DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

María Del Trigo¹, Henrique B. Ribeiro², Luis Nombela-Franco³, Antonio J. Muñoz-García⁴, Ignacio Amat-Santos⁵, Omar Abdul-Jawad¹, Francisco Campelo-Parada¹ y Josep Rodés-Cabau¹ del ¹Quebec Heart and Lung Institute, Laval University, Quebec (Canadá), ²Heart Institute-InCor, Sao Paulo (Brasil), ³Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ⁴Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Universidad de Málaga, Málaga y ⁵Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Resumen

Introducción y objetivos: La elevación de biomarcadores de necrosis miocárdica tras la implantación percutánea de válvula aórtica (IPVA) es un hecho frecuente. Pese a ello, aún no ha sido determinado su impacto clínico en una población que incluya pacientes tratados con diferentes tipos de válvulas y diferentes abordajes. No se dispone, por tanto, de un umbral validado para definir un infarto de miocardio (IM) clínicamente relevante tras IPVA. El objetivo de este estudio fue determinar la incidencia y el impacto clínico de la elevación de marcadores de necrosis miocárdica en una amplia población de pacientes sometidos a IPVA.

Métodos: Estudio multicéntrico que incluyó a 1.131 pacientes consecutivos tratados mediante IPVA con válvulas balón-expandibles (58%) o auto expandibles (42%). El procedimiento se llevó a cabo mediante un abordaje transfemoral, transapical, transaórtico y transubclavia en un 73,1%, 20,3%, 4,2% y 2,3% de los casos, respectivamente. Se definió daño miocárdico como una elevación de los valores de CK-MB con respecto al límite superior de la normalidad (definido en cada institución como el percentil 99 de los valores de la población sana).

Resultados: Se objetivó daño miocárdico en un 66% de los pacientes (pico de CK-MB: 1,6 veces respecto al límite de la normalidad (IQR: 0,9 a 2,8 veces)). El abordaje transapical se relacionó de forma independiente con un mayor aumento de los valores de CK-MB ($p < 0,001$) y esto se correlacionó, a su vez, con una menor fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) entre 6 y 12 meses después de la IPVA ($p < 0,01$). Un mayor incremento en los niveles de CK-MB se asoció de forma independiente con una mayor mortalidad tanto global como cardiovascular a los 30 días y en el seguimiento tardío (mediana de seguimiento de 21 [8-36] meses) ($p < 0,001$ para todas las determinaciones). Un incremento en los niveles de CK MB mayor de 5 veces respecto al límite superior de la normalidad, parece ser el punto de corte óptimo asociado con peor pronóstico clínico.

Conclusiones: se objetivó cierto grado de daño miocárdico en dos tercios de los pacientes sometidos IPVA, especialmente en aquellos tratados mediante abordaje transapical. Un mayor aumento en los niveles de CK-MB se asocia con una mayor mortalidad aguda y a largo plazo. Se estima que un incremento en los niveles de CK-MB de 5 veces respecto a la normalidad sería el umbral óptimo para definir un IM clínicamente relevante tras la IPVA.