



6033-424. IMPLANTE PERCUTÁNEO DE PRÓTESIS NÓRTICA EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE Y OBESIDAD MÓRBIDA

Leyre Álvarez Rodríguez¹, Rocío González Ferreiro², Diego López Otero¹, Pablo Antúnez Muíños¹, Adrián Cid-Menéndez¹, Diego Iglesias-Álvarez¹, Juan Carlos Sanmartín Peña¹, Ana Belén Cid Álvarez¹, Ramiro Trillo Nouche¹ y José Ramón González Juanatey¹, del ¹Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela (A Coruña) y ²Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Introducción y objetivos: La obesidad es una comorbilidad frecuente entre los pacientes con estenosis aórtica (EA) que se someten a implante percutáneo de prótesis aórtica (TAVR) y se ha identificado en diferentes estudios como un factor protector en la supervivencia de estos pacientes. Sin embargo, este beneficio no se muestra entre los pacientes con obesidad mórbida y la evidencia del papel del TAVR en pacientes con EA y obesidad mórbida es escasa. El objetivo primario del estudio es analizar las complicaciones periprocedimiento y en el seguimiento a largo plazo en los pacientes con obesidad mórbida que se someten a TAVR.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo, que analizó a los 453 pacientes sometidos a TAVR de forma consecutiva en nuestro centro. En base al índice de masa corporal (IMC) y según la clasificación de la OMS, se dividió la cohorte en pacientes con obesidad mórbida ($\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$) y pacientes sin obesidad mórbida ($\text{IMC} < 40 \text{ kg/m}^2$). Mediante regresión de Cox se analizaron los eventos durante la intervención y el seguimiento, y su asociación con obesidad mórbida.

Resultados: El grupo de pacientes con obesidad mórbida supuso el 5,3% de la población ($n = 24$) y se caracterizó por estar formado por pacientes más jóvenes ($77,8 \pm 6,6$ frente a $82,6 \pm 5,6$ años; $p = 0,002$), más mujeres (75 frente a 51,7%; $p = 0,026$) y por consiguiente, menos cardiopatía isquémica (8,3 frente a 39,9%; $p = 0,038$) y menor riesgo quirúrgico por puntuación STS ($4,1 \pm 2,2$ frente a $6,1 \pm 3,9$; $p = 0,014$). Durante el procedimiento, presentaron mayor tasa de complicaciones vasculares (23,8 frente a 4,5%; $p = 0,001$) y mayor necesidad de transfusión (33,3 frente a 18,3%; $p = 0,068$). No hubo diferencias en el seguimiento ($2,5 \pm 2,2$ años) en mortalidad (HR 0,947, IC 0,387-2,318, $p = 0,906$ para mortalidad total; HR 1,085, IC 0,397-2,961, $p = 0,874$ para mortalidad cardiovascular) ni en el objetivo combinado de muerte e insuficiencia cardíaca (HR 1,085, IC 0,533-2,209, $p = 0,821$). Tras TAVR, encontramos una mejoría significativa de la clase funcional NYHA, sin cambio significativo en el peso e IMC ni en el NT-proBNP.

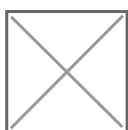


Gráfico clase funcional NYHA, Peso e IMC, NT-proBNP pre y post-TAVI.

Conclusiones: En pacientes con obesidad mórbida y EA grave, el TAVR supone una técnica segura, con buenos resultados en el seguimiento a largo plazo en cuanto a mortalidad y mejoría de calidad de vida.