Rev Esp Cardiol. 2020;73(Supl 1): 607

Revista Española de Cardiología

6015-165. IMPLANTE PERCUTÁNEO DE PRÓTESIS AÓRTICA EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE Y OBESIDAD MÓRBIDA

Óscar Otero García, Marta Pérez Domínguez, Pablo José Antúnez Muiños, Leyre Álvarez Rodríguez, Javier López Pais y Diego López Otero

Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña).

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 (IMC ? 40 kg/m^2) y pacientes sin obesidad mórbida (IMC 40 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 ± 6,6 vs 82,6 ± 5,6 años; p = 0,002), más mujeres (75 vs 51,7%; p = 0,026) y por consiguiente, menos cardiopatía isquémica (8,3 vs 39,9%; p = 0,038) y menor riesgo quirúrgico por STS score (4,1 ± 2,2 vs 6,1 ± 3,9; p = 0,014). Durante el procedimiento, presentaron mayor tasa de complicaciones vasculares (23,8 vs 4,5%; p 0,001) y mayor necesidad de transfusión (33,3 vs 18,3%; p = 0,068). No hubo diferencias en el seguimiento (2,5 ± 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 endpoint combinado de muerte e insuficiencia cardiaca (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.

Conclusiones: En pacientes con obesidad mórbida y EA severa, 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.