



7008-2. VALVULOPLASTIA MITRAL PERCUTÁNEA EN PACIENTES TRATADOS CON IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO TRANSCATÉTER. UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Williams Hinojosa Hinojosa Camargo¹, Tania Rodríguez-Gabella¹, Raquel del Valle², Enrique Gutiérrez³, Fernando Rivero⁴, César Morís de la Tassa², Francisco Fernández-Avilés³, Fernando Alfonso⁴, Kateryna Lazareva¹, Fabián Julca¹, Hipólito Gutiérrez¹, Ana M. Serrador Frutos¹, Manuel Carrasco Moraleja¹, José Alberto San Román¹ e Ignacio J. Amat Santos¹, del ¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, ²Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias), ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid y ⁴Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: En pacientes sometidos a TAVI (implante valvular aórtico transcáteter) la enfermedad multivalvular es un hallazgo frecuente que se asocia a peores resultados. Sin embargo, existe poca información acerca de la estenosis mitral (EM) y su impacto durante el seguimiento. El presente estudio pretende analizar la prevalencia de EM reumática (EMR) tratada con valvuloplastia percutánea con balón (VPB) y su influencia en los resultados inmediatos y a largo plazo en pacientes sometidos a TAVI, así como analizar las diferencias con aquellos pacientes con estenosis mitral degenerativa (EMD).

Métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico que incluyó 1.391 pacientes consecutivos procedentes de 4 centros nacionales tratados con TAVI entre 2008 y 2018; se clasificaron de acuerdo con el antecedente de VPB. Posteriormente aquellos con EMR y VPB se compararon con pacientes con EMD.

Resultados: La edad media fue de $80,1 \pm 7$ años. El 53,2% eran varones. Se realizó la VPB en el 2,65% de la población con antecedentes de EMR, una media de $9,3 \pm 2$ años previo a la TAVI. El 81% de los pacientes TAVI + VPB presentaban algún grado de EM al momento del implante y un área significativamente menor que el resto ($1,7 \pm 0,62$ frente a $2,34 \pm 0,79$ cm², $p = 0,001$), mayor tasa de fibrilación auricular (60 frente a 26,7 $p = 0,004$), uso de antagonistas de vitamina K (48,6 frente a 26,9%, $p = 0,004$) y presión sistólica de la arteria pulmonar (55,7 frente a 49,1 mmHg, $p = 0,036$). No hubo diferencias significativas en los resultados del procedimiento, intrahospitalarios, mortalidad a 1 año (18,9 frente a 15,2% $p = 0,537$), riesgo de ictus o infarto de miocardio (IAM), pero sí peor clase funcional (CF) NYHA III-IV en el seguimiento (31,6 frente a 12,3% $p = 0,025$). Al comparar los pacientes con EMR con aquellos con EMD tampoco hubo diferencias en la mortalidad al año ($p = 0,427$) ni a los 3 años ($p = 0,809$) pero los pacientes con EMR sí presentaron peor CF, mayor frecuencia de FA y PSAP más alta, que a su vez fueron predictores independientes de mortalidad.

Conclusiones: El antecedente de EMR tratada con VPB se asoció a mayor grado de EM en el momento del implante de TAVI sin aumentar la mortalidad periprocedimiento, ictus, IAM o mortalidad a los 3 años. Sin embargo la EMR sí condicionó menor recuperación funcional, incluso mayor que en los casos de EMD. En conclusión, el implante de TAVI es una opción segura en pacientes con antecedentes de EM independientemente de su etiología.