

6015-152. PRONÓSTICO Y SUPERVIVENCIA TRAS EL IMPLANTE DE TAVI, DE ACUERDO CON EL DAÑO CARDIACO EXTRAVALVULAR AÓRTICO

Javier Borrego Rodríguez¹, Carlos Minguito Carazo¹, Julio César Echarte Morales¹, Alba Martín Centellas¹, Juan Carlos Cuellas Ramón¹, Armando Pérez de Prado¹, Carmen Garrote Coloma¹, María López Benito¹, Tomás Benito González¹, David Alonso Rodríguez¹, Luis Renier Goncalves Ramírez¹, Cristina Olalla Gómez¹, J. Ignacio Iglesias Gárriz¹, Pedro Luis Cepas Guillén² y Felipe Fernández Vázquez¹

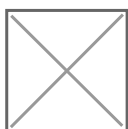
¹Servicio de Cardiología, Complejo Asistencial Universitario, León. ²Institut Clínic Cardiovascular, Hospital Clínic de Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Estudios recientes han demostrado que la extensión del daño cardiaco extravalvular (DCEX) aórtico en pacientes con estenosis aórtica severa (EAS) tiene implicaciones pronósticas tras el reemplazo de la válvula aórtica (RVA). El objetivo del estudio es evaluar el impacto pronóstico de una clasificación de estadificación definida (Clasificación de Génèreux) (GSC) que caracteriza la extensión del DCEX en pacientes con EAS que se someten a TAVI.

Métodos: 102 pacientes entre 2011 y 2017 con EAS (definida por ecocardiograma con Vmax aórtica, gradiente transvalvular medio o AVA) y síntomas relacionados con EAS (disnea, IC, angina, o síncope) sometidos a TAVI, fueron incluidos. Se clasificaron según el DCEX detectado por eco antes de la TAVI, en los siguientes estadios (est.) según establece la GSC: sin DCEX (est. 0); disfunción VI (est. 1); IM mod-sev o dilatación de AI (est. 2); datos de HTP mod-sev o IT mod-sev (est. 3); y disfunción VD (est. 4). Los resultados se compararon utilizando técnicas de Kaplan-Meier, y se utilizaron modelos de riesgos proporcionales de Cox multivariantes para identificar predictores de mortalidad a 2 años.

Resultados: De los 102 pacientes, 57 eran hombres (55,9%). La edad media fue de $83,46 \pm 4,23$ años. Dos pacientes (2,1%) fueron clasificados en el Est. 0; 20 pacientes (20,3%) en el Est. 1; 55 pacientes (54,2%) en el Est. 2; 22 pacientes (21,6%) en el Est. 3; y 3 pacientes (2,9%) en el Est. 4. La mortalidad a dos años fue 0,0% en el Est. 0; 5,0% en el Est. 1; 5,5% en el Est. 2; y 44,0% en los Est. 3-4. Después del análisis multivariable y univariante, el estadio del DCEX se asoció de forma independiente como predictor de mortalidad por todas las causas a los 2 años tras el implante de TAVI (HR 2,8 [1,3 ± 6,2], p 0,01). No hubo otros predictores identificables de muerte a los 2 años (ni la edad, sexo, HTA [78,5% del total de pacientes], DL [64,7%], DM [30,3%], tabaquismo [78,5%], EPOC [27,5%], insuficiencia renal [78,5%], enfermedad coronaria previa [37,3%], Vmax aórtica, gradiente transvalvular medio, ni el AVA).



Mortalidad por todas las causas a 2 años.

Conclusiones: Dada la fuerte asociación demostrada en este estudio entre el estadio del daño cardíaco extravalvular aórtico y los peores resultados clínicos tras el implante de TAVI en la supervivencia a corto y medio plazo; podría ser útil el uso de la GSC en pacientes con EAS en futuras recomendaciones para la estratificación del riesgo en estos pacientes.