



10. ¿RECAMBIO VALVULAR AÓRTICO TRANSCATÉTER EN TODO PACIENTE CON INDICACIÓN DE PRÓTESIS AÓRTICA BIOLÓGICA INDEPENDIEMENTE DE SU EDAD O RIESGO QUIRÚRGICO?

José Alejandro Claros Ruiz, Carlos Sánchez Sánchez, Carlos Lara García, Luz Divina Muñoz Jiménez y Cristóbal Urbano Carrillo

Cardiología. Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Desde la primera aparición en las guías europeas del recambio valvular aórtico transcatheter (TAVR), su indicación ha ido ampliándose continuamente, excluyendo de su uso según las últimas guías europeas únicamente a pacientes menores de 75 años de riesgo bajo. Nuestro objetivo es el de evaluar los resultados de este procedimiento en pacientes menores de 75 años según el riesgo quirúrgico.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en vida real acerca del TAVR realizado en 67 pacientes menores de 75 años en nuestro centro entre 2010 y 2021. Se recogieron datos clínicos, ecocardiográficos, sobre el procedimiento y complicaciones; realizando un análisis estadístico con el programa SPSS.

Resultados: La edad media fue $69,88 \pm 5,36$ años y el 50,7% fueron mujeres. El 79,1% tenían HTA, 52,2% DM y 41,5% ERC. Tenían un EuroSCORE II de $6,93 \pm 5,01$ y un STS *score* $5,06 \pm 3,24$. El 65,7% de los pacientes se encontraban en CF III de la NYHA y se realizó el procedimiento de carácter urgente. El TAVR fue exitoso en el 97% de los casos. Como complicaciones inmediatas hubo 2 casos de muerte en sala (incluyendo 1 caso de IAM), 1 caso de ictus, 15 casos de sangrado siendo 11 de carácter menor, y 9 casos (13,43%) requirieron implante definitivo de MCP. Se realizó un seguimiento de $1.309 \pm 934,17$ días, con un 11,9% de complicaciones asociadas al TAVR, incluyendo degeneración protésica (6%), resueltas mediante *valve-in-valve*, y endocarditis (3%). Además, se dividió la muestra en 2 grupos, riesgo bajo vs intermedio-alto, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas con respecto a estancia hospitalaria media, complicaciones tras el TAVR ni durante el seguimiento ambulatorio, así como en supervivencia media libre de eventos (complicaciones y muerte).

Variables cuantitativas y cualitativas diferenciando los grupos de riesgo bajo vs intermedio-alto

Variables cualitativas y cuantitativas	Riesgo bajo (N = 24)	Riesgo intermedio-alto (N = 24)
Edad	$69,38 \pm 5,15$	$70,16 \pm 5,51$
Mujer	10 (41,7%)	24 (55,8%)

Hipertensión arterial		18 (75%)	35 (81,4%)
Diabetes mellitus		15 (62,5%)	20 (46,5%)
EuroSCORE II		2,65 ± 0,9	9,31 ± 4,76
STS <i>score</i>		2,07 ± 1,01	6,74 ± 2,81
Éxito procedimiento TAVR		23 (95,8%)	42 (97,7%)
Días de ingreso		11,13 ± 10,96	9,43 ± 9
Complicaciones tras TAVR		14 (58,3%)	17 (39,5%)
Sangrado durante procedimiento	Menor	5 (20,8%)	6 (14%)
	Mayor	0 (0%)	6 (14%)
Nuevo evento arrítmico (FA, BCRI, BCRD, BAV completo)		8 (33,3%)	10 (23,3%)
Implante MCP definitivo		4 (17,7%)	5 (11,6%)
Insuficiencia aórtica tras TAVR	Leve	8 (33,3%)	10 (23,3%)
	Moderada	4 (16,7%)	2 (4,7%)
Días de seguimiento tras TAVR		1379,29 ± 881,35	1269,74 ± 970,34
Complicaciones en seguimiento asociada a TAVR		2 (8,3%)	6 (14%)
Degeneración protésica en seguimiento		2 (8,3%)	2 (4,7%)
Endocarditis en seguimiento		0 (0%)	2 (4,7%)

TAVR: recambio valvular aórtico transcatóter, FA: fibrilación auricular, BCRI: bloqueo completo de rama izquierda de rama derecha, BAV: bloqueo auriculoventricular.



Análisis de supervivencia de Kaplan-Meier, diferenciando los pacientes de riesgo bajo vs intermedio-alto, siendo la censura la muerte, $p = 0,22$.

Conclusiones: Se ha demostrado en numerosos ensayos clínicos la eficacia y seguridad del TAVR en pacientes para cualquier espectro del riesgo quirúrgico, sin embargo, su indicación a pacientes menores de 75 años de riesgo bajo estará supeditada a la evidencia obtenida de la durabilidad y seguimiento a largo plazo. Con nuestra cohorte mostramos, con un seguimiento a largo plazo en pacientes menores de 75 años que este procedimiento puede ser seguro y efectivo, sin apreciar diferencias significativas con respecto al riesgo, pudiendo ser en el futuro el procedimiento indicado a todo paciente con indicación de prótesis aórtica biológica, independientemente de su edad o riesgo.