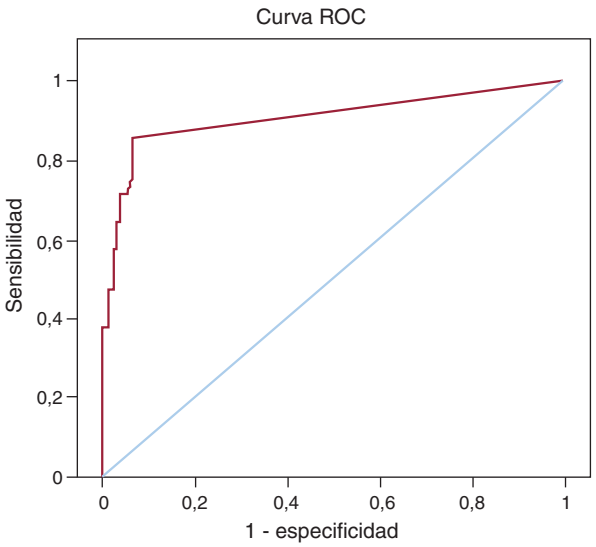

Figura. Curva característica operativa del receptor (ROC) del diagnóstico de enfermedad coronaria basado en el incremento porcentual de las cifras de troponina I en el rango de normalidad seriadas en urgencias (punto de corte óptimo, 20%).

predecir EC en el estudio hemodinámico y podría orientar al clínico hacia el manejo invasivo de estos pacientes.

Las limitaciones del trabajo están determinadas por el tamaño muestral reducido, la selección de los pacientes con coronariografía durante el ingreso y la necesidad de una cohorte de validación que confirme la hipótesis planteada.

Óscar Fabregat-Andrés[a,*], Alfonso Valle-Muñoz[b], Miguel Corbí-Pascual[b], Mónica Ferrando-Beltrán[a], Elena Lucas-Inarejos[a] y Francisco Ridocci-Soriano[a]

[a]*Servicio de Cardiología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España*
[b]*Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España*

[*] Autor para correspondencia:
Correo electrónico: osfan@comv.es (Ó. Fabregat-Andrés).

On-line el 25 de enero de 2012

BIBLIOGRAFÍA

1. Ardissino D, Boersma E, Budai A, Fernández-Avilés F, Fox KA, Hasdai D, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. Rev Esp Cardiol. 2007;60:1070.e1–80.
2. García-Almagro FJ, Gimeno JR, Villegas M, Muñoz L, Sánchez E, Teruel F, et al. Aplicación de una puntuación de riesgo coronario (TIMI Risk Score) en una población no seleccionada de pacientes que consultan por dolor torácico en un servicio de urgencias. Rev Esp Cardiol. 2005;58:775–81.
3. Jiménez-Candil J, González-Matas JM, Cruz-González I, Hernández-Hernández J, Martín A, Pabón P, et al. Pronóstico hospitalario del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST determinado por una nueva escala de riesgo integrada por variables electrocardiográficas obtenidas al ingreso. Rev Esp Cardiol. 2010; 63:851–5.
4. Morrow DA, Cannon CP, Rifai N, Frey MJ, Vicari R, Lakkis N, et al. Ability of minor elevations of troponins I and T to predict benefit from an early invasive strategy in patients with unstable angina and non-ST elevation myocardial infarction. JAMA. 2001;286:2405–12.
5. Baker JO, Reinhold J, Redwood S, Marber M. Troponins: Redefining their limits. Heart. 2011;97:447–55.

doi: 10.1016/j.recesp.2011.10.012

Estenosis aórtica y aorta de porcelana: ¿el implante valvular percutáneo podría ser una opción terapéutica válida?

Aortic Stenosis and Porcelain Aorta: Could Percutaneous Valve Implantation Be a Valid Therapeutic Option?

Sra. Editora:

El implante transcatéter de prótesis valvular aórtica (TAVI, en inglés) se ha consolidado en los últimos años como una alternativa eficaz y segura para el tratamiento de la estenosis valvular aórtica severa sintomática en pacientes de riesgo quirúrgico elevado[1,2]. Para la selección de los candidatos se utilizan escalas de riesgo (la más usada es EuroSCORE) que valoran las comorbilidades asociadas de cada paciente y cuantifican el riesgo quirúrgico de modo individualizado[3,4].

En nuestro medio, algunos pacientes son considerados inoperables por padecer comorbilidades dependientes de la anatomía aórtica, que no se incluyen entre las variables del EuroSCORE, como la existencia de una aorta de porcelana. Hay alternativas quirúrgicas no convencionales (p. ej., el tubo ápico-aórtico) de las que no se han descrito series con suficiente seguimiento[2,5,6].

La aorta de porcelana es una enfermedad estructural de la pared aórtica definida como la calcificación extensa y circunferencial de la aorta torácica, determinada mediante tomografía computarizada (TC) o fluoroscopia[3]. La frecuencia de presentación de aorta en porcelana en diferentes series de pacientes con estenosis aórtica tratados con TAVI es variable y puede alcanzar un 18%[2,3]. Esta y los malos accesos vasculares son las dos razones principales para indicar el acceso transapical en el tratamiento con TAVI[3].

Los datos publicados acerca de la evolución de los pacientes con aorta en porcelana tratados con TAVI con dispositivo SAPIENS son escasos, pero parecen ser favorables, si bien es cierto que presentan una tasa mayor de mala posición valvular, con necesidad de reintervenir para implantar nueva válvula, y no hay evidencia de incremento de los eventos cerebrovasculares en el implante transapical respecto al transfemoral[3,4]. Respecto al implante de prótesis aórtica percutánea del tipo CoreValve®, no hay datos del

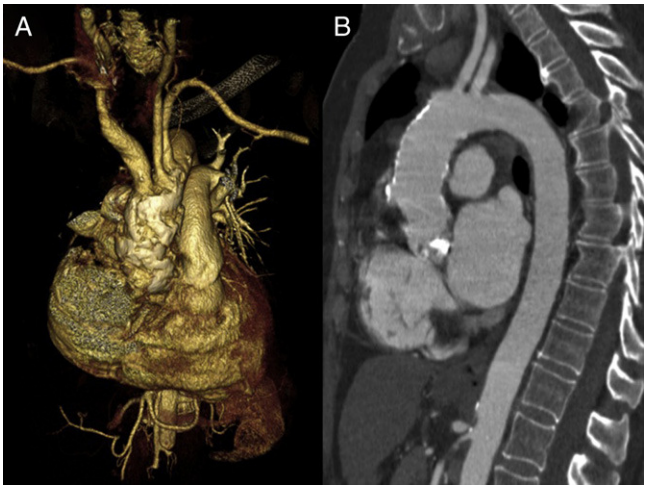

Figura 1. Reconstrucción tridimensional (A) y tomografía computarizada torácica (B) que muestra calcificación severa, difusa y circunferencial de la aorta en porcelana (primer caso).

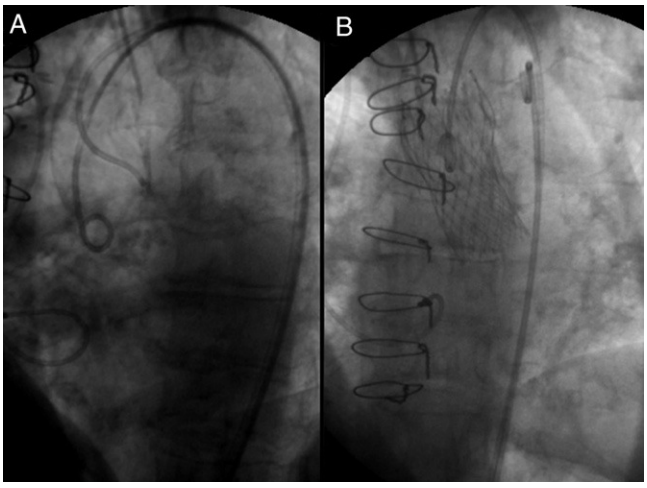

Figura 2. Fluoroscopia que muestra la severa calcificación de la aorta ascendente (A) y la ubicación correcta (B) de la prótesis (segundo caso).

empleo ni del seguimiento de pacientes con estenosis aórtica severa sintomática portadores de aorta en porcelana.

Presentamos una serie de dos casos de estenosis aórtica severa sintomática, portadores de aorta ascendente de porcelana, que fueron rechazados para sustitución valvular quirúrgica y finalmente se trató con éxito mediante TAVI con la prótesis CoreValve® por acceso transfemoral.

El primero es una mujer de 72 años de edad, sin enfermedad coronaria asociada y un EuroSCORE logístico del 2,9%. Los gradientes aórticos eran 106 mmHg de máximo y 68 mmHg de medio, con anillo aórtico de 21 mm y aorta ascendente de 30 mm, severamente calcificada. En la figura 1 se muestra la reconstrucción tridimensional de la TC torácica en la que se expone la calcificación severa, difusa y circunferencial de la aorta ascendente, todo ello compatible con el diagnóstico de aorta de porcelana. Se realizó implante de prótesis percutánea CoreValve® de 26 mm, con éxito y sin complicaciones; quedó una insuficiencia aórtica angiográfica de grado I/IV. La evaluación ecocardiográfica a los 4 meses del implante mostró un gradiente máximo de 23 mmHg con insuficiencia aórtica ligera.

El segundo caso es una mujer de 80 años de edad sin enfermedad coronaria asociada y un EuroSCORE logístico del 4,8%. El gradiente aórtico máximo era de 126 mmHg y el medio, 67 mmHg, con un anillo aórtico de 23 mm. Inicialmente fue aceptada para tratamiento quirúrgico, pero tras realizarse esternotomía media, se documentó una severa calcificación circunferencial y general de la aorta ascendente que impedía el pinzamiento. A los 2 meses de esta intervención, se realizó implante de válvula aórtica percutánea CoreValve® de 29 mm con éxito y sin complicaciones; quedó una insuficiencia aórtica residual de grado I/IV. El ecocardiograma de control a los 4 meses mostró un gradiente máximo de 17 mmHg y regurgitación aórtica ligera. La figura 2 muestra las imágenes de la fluoroscopia, con una severa calcificación parietal de la aorta ascendente y la prótesis implantada en posición correcta.

En los dos casos expuestos, se pudo realizar el procedimiento del implante de la válvula percutánea CoreValve® siguiendo el protocolo habitual, sin que las condiciones anatómicas aórticas desfavorables supusieran dificultades añadidas para la técnica[2,6].

La evolución clínica de ambas pacientes ha sido favorable, y después de 6 meses de seguimiento se encontraban asintomáticas y en excelente grado funcional.

Estos dos casos muestran resultados favorables del implante percutáneo de prótesis aórtica CoreValve® en dos pacientes con EuroSCORE bajo, sin comorbilidades asociadas, pero con anatomías aórticas muy desfavorables con severa calcificación, que en un caso impidió el tratamiento quirúrgico.

La aorta ascendente en porcelana es una entidad que no se considera variable sumatoria en las escalas habituales de estratificación del riesgo quirúrgico de los pacientes con estenosis aórtica severa y sintomática, pero se debe tenerla en cuenta por la imposibilidad de pinzamiento aórtico que supone. Consideramos que el implante valvular aórtico percutáneo transcatéter de prótesis CoreValve® puede ser una alternativa terapéutica que considerar en estos casos de difícil manejo.

Isaac Pascual, Pablo Avanzas, Raquel del Valle, Jesús de la Hera, María Martín y César Morís*

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: cesarmoris@gmail.com (C. Morís).

On-line el 25 de enero de 2012

BIBLIOGRAFÍA

1. Leon MB, Smith CR, Mack M, Miller DC, Moses JW, Svensson LG, et al. Transcatheter aortic-valve implantation for aortic stenosis in patients who cannot undergo surgery. N Engl J Med. 2010;363:1597–607.
2. Avanzas P, Muñoz-García AJ, Segura J, Pan M, Alonso-Briales JH, Lozano I, et al. Implante percutáneo de la prótesis valvular aórtica autoexpandible CoreValve® en pacientes con estenosis aórtica severa: experiencia inicial en España. Rev Esp Cardiol. 2010;63:141–8.
3. Rodés-Cabau J, Webb JG, Cheung A, Ye J, Dumont E, Feindel CM, et al. Transcatheter aortic valve implantation for the treatment of severe symptomatic aortic stenosis in patients at very high or prohibitive surgical risk: acute and late outcomes of the Multicenter Canadian Experience. J Am Coll Cardiol. 2010;55:1080–90.
4. Hernández-Antolín RA, García E, Sandoval S, Almería C, Cuadrado A, Serrano J, et al. Resultados de un programa mixto de implantación de prótesis aórtica por vía transfemoral con los dispositivos de Edwards y CoreValve. Rev Esp Cardiol. 2011;64:35–42.
5. Lefèvre T, Kappetein AP, Wolner E, Nataf P, Thomas M, Schächinger V, et al. One year follow-up of the multi-centre European PARTNER transcatheter heart valve study. Eur Heart J. 2011;32:148–57.
6. López-Otero D, Muñoz-García AJ, Avanzas P, Lozano I, Alonso-Briales JH, Souto-Castro P, et al. Acceso axilar en el implante percutáneo de la válvula aórtica: optimización del tratamiento endovascular de la estenosis aórtica severa. Rev Esp Cardiol. 2011;64:121–6.

doi: 10.1016/j.recesp.2011.10.013