

## En pacientes de bajo riesgo quirúrgico, también prótesis aórtica percutánea

Elena Sufrate Sorzano, Cardiología, Hospital San Pedro, Logroño

**PALABRAS CLAVE:** Reemplazo valvular aórtico transcatheter (TAVR), prótesis expandible con balón, prótesis autoexpandible, pacientes de bajo riesgo quirúrgico, estenosis aórtica severa.

**KEYWORDS:** *Transcatheter Aortic-Valve Replacement (TAVR), Balloon-Expandable Valve, Self-Expanding Valve, Low Surgical Risk Patients, Severe Aortic Stenosis*

**Especialidades:** Anestesiología, analgesia y sedación, Calidad y política sanitaria, Cardiovascular, Medicina Intensiva, Medicina General, Varios

Enlace revista original: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30883058>

### ABSTRACT

Los pacientes con estenosis aórtica severa y bajo riesgo quirúrgico, presentaron una menor incidencia de muerte, infarto cerebral u hospitalización a 1 año si se sometían a TAVR (transcatheter aortic-valve replacement) con prótesis expandible con balón frente a cirugía convencional.

Among patients with severe aortic stenosis at low surgical risk, the rate of the composite of death, stroke, or re-hospitalisation at 1 year was significantly lower with TAVR with transfemoral placement of a balloon-expandable valve than with surgery.

### ARTÍCULO

El PARTNER 3 es un estudio multicéntrico que incluyó a 1000 pacientes con estenosis aórtica severa sintomática y bajo riesgo quirúrgico, definido como un *Society of Thoracic Surgeons risk score* (STS score) <4%. Se randomizaron a reemplazo valvular aórtico quirúrgico estándar o implante transcatheter por vía transfemoral de la prótesis (TAVR), empleando el modelo de última generación SAPIEN 3 expandida con balón. El objetivo primario fue un compuesto de muerte por cualquier causa, infarto cerebral u hospitalización en 1 año de seguimiento. Se planteó un análisis de no inferioridad y, si se cumplía, se valoró también la superioridad de la técnica.

El STS score medio fue de 1.9%, edad media fue de 73 años y un 69% eran varones. Los resultados fueron favorables para el TAVR: 8.5% de eventos del objetivo primario, frente 15% en el grupo cirugía convencional, cumpliendo los requisitos de no inferioridad e incluso de superioridad, tanto a 30 días como a 1 año.

Complicaciones que eran más frecuentes en el grupo TAVR que en cirugía convencional en estudios previos, no presentaron diferencias en el estudio PARTNER 3, incluido el *leak*

paravalvular significativo, la necesidad de implante de marcapasos, la obstrucción coronaria y otros accidentes vasculares mayores.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30883053>

#### **ABSTRACT**

En pacientes con estenosis aórtica severa con bajo riesgo quirúrgico, la TAVR con prótesis autoexpandible fue no inferior a la cirugía convencional en cuanto a muerte o infarto cerebral incapacitante a los 24 meses.

In patients with severe aortic stenosis who were at low surgical risk, TAVR with a self-expanding supraannular bioprosthesis was noninferior to surgery with respect to the composite end point of death or disabling stroke at 24 months

#### **ARTÍCULO**

Se trata de un estudio multicéntrico, randomizado con diseño de no inferioridad, dirigido a valorar la seguridad y eficacia del TAVR con una bioprótesis autoexpandible (CoreValve, Evolut R o Evolut PRO) frente a la cirugía convencional en pacientes con estenosis aórtica severa sintomática y bajo riesgo quirúrgico, definido como STS score  $\leq 3\%$ .

La edad media fue de 74 años, STS score medio 1.9% y 65% varones. El objetivo primario era compuesto, incluyendo muerte o infarto cerebral discapacitante a 2 años. En el análisis se objetivó una no inferioridad del grupo TAVR, 5.3% de eventos frente a 6.7% en grupo de cirugía, pero no se pudo demostrar superioridad de la primera. La necesidad de implante de marcapasos y la presencia de *leak* paravalvular significativo fue significativamente mayor en el grupo TAVR.

#### **COMENTARIO común:**

El tratamiento de elección en los pacientes con estenosis aórtica severa sintomática es el reemplazo valvular. La evidencia científica hasta ahora avala el implante de prótesis percutánea aórtica en pacientes considerados "inoperables"<sup>1</sup>, en los de alto riesgo quirúrgico<sup>2,3</sup> e incluso en los de riesgo intermedio<sup>4,5</sup>. La evolución técnica de las prótesis implantadas y la superación de la curva de aprendizaje, ha animado a los cardiólogos a expandir el intervencionismo a una cohorte de pacientes hasta ahora incuestionable, los de bajo riesgo quirúrgico.

Los estudios presentados previamente, proporcionan evidencia de que TAVR es no inferior e incluso superior a la cirugía convencional a 1 o 2 años en pacientes de bajo riesgo. De hecho, TAVR se asoció a menor infarto cerebral, menores tasas de sangrado y menor estancia hospitalaria. De momento, las guías europeas de cardiología sobre valvulopatías<sup>6</sup> (2017), recomiendan sustitución valvular quirúrgica en pacientes de bajo riesgo (STS score  $< 4\%$ ). Cuando el riesgo quirúrgico es  $> 4\%$  o no son candidatos a cirugía por otros motivos, la valoración por el *Heart Team* decidirá la opción terapéutica más adecuada.

Como contraposición al estado de euforia que generan estos buenos resultados a corto-medio plazo, persiste cierta incertidumbre respecto a la durabilidad de las prótesis percutáneas, que se debe aclarar con futuros estudios, ya que es una cuestión clave a la hora de indicar este procedimiento, sobre todo en pacientes con bajo e intermedio riesgo quirúrgico, que suelen ser más jóvenes.

#### **Idea final**

En pacientes con estenosis aórtica severa sintomática con bajo riesgo quirúrgico, el remplazo valvular aórtico percutáneo no es inferior a la cirugía convencional en un seguimiento de 1-2 años.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Transcatheter Aortic-Valve Implantation for Aortic Stenosis in Patients Who Cannot Undergo Surgery. N Engl J Med 2010;363:1597-1607.
2. Transcatheter versus Surgical Aortic-Valve Replacement in High-Risk Patients. N Engl J Med 2011;364:2187-98.
3. Transcatheter aortic valve replacement using a self-expanding bioprosthesis in patients with severe aortic stenosis at extreme risk for surgery. J Am Coll Cardiol 2014; 63: 1972-81.
4. Transcatheter or surgical aortic-valve replacement in intermediate-risk patients. N Engl J Med 2016; 374: 1609-20
5. Surgical or Transcatheter Aortic-Valve Replacement in Intermediate-Risk Patients (SURTAVI). N Engl J Med 2017;376:1321-31
6. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. European Heart Journal (2017) 38, 2739–2791.