

Estenosis aórtica asintomática, operar o esperar

Elena Sufrate Sorzano, Cardiología, Hospital San Pedro, Logroño

PALABRAS CLAVE: estenosis aórtica severa asintomática, actitud terapéutica conservadora, cirugía precoz, mortalidad operatoria.

KEYWORDS: asymptomatic severe aortic stenosis, conservative-care, early-surgery, operative mortality

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

Enlace revista original: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31733181>

ABSTRACT

Los pacientes con estenosis aórtica muy severa asintomática, tienen menor mortalidad si se someten a cirugía de reemplazo valvular temprana que si se adopta una actitud conservadora de seguimiento clínico.

Among asymptomatic patients with very severe aortic stenosis, Early surgical aortic-valve replacement resulted in a significantly lower risk of operative mortality or death from cardiovascular causes during the follow-up period than conservative care.

ARTÍCULO

Se trata de un estudio multicéntrico y randomizado que aleatorizó a 145 pacientes con estenosis aórtica muy severa asintomática (EAMSA), definida como aquella con área valvular $<0.75 \text{ cm}^2$ y velocidad máxima $> 4.5 \text{ m/s}$ o gradiente medio $>50 \text{ mmHg}$, a recibir un tratamiento de reemplazo valvular precoz (grupo quirúrgico) frente a un seguimiento clínico (grupo conservador). El objetivo primario valoró la mortalidad, tanto la operatoria y perioperatoria (30 días después de la intervención) como la cardiovascular durante el seguimiento, que fue de 6 años de media. Los resultados mostraron un significativo beneficio de la actitud quirúrgica precoz, 1% de mortalidad, frente al 15% del grupo conservador, $p < 0.003$. La mortalidad por todas las causas, que era el objetivo secundario, también resultó favorable para el grupo intervención precoz.

COMENTARIO

Un tercio de los pacientes con estenosis aórtica severa se encuentran asintomáticos en el momento del diagnóstico¹. Las guías de práctica clínica nos recomiendan mantener una actitud expectante en la mayoría de estos pacientes asintomáticos, ya que el riesgo de muerte súbita por esta patología (1% al año) es menor que el hipotético riesgo quirúrgico, perioperatorio y el derivado de complicaciones de la prótesis. Sin embargo, con los avances en materia quirúrgica y en pacientes de bajo riesgo operatorio, el riesgo-beneficio de la actitud

conservadora no está tan claro. Con este razonamiento se realizó el presente estudio, que mostró un beneficio de la cirugía precoz, si bien, es necesario puntualizar varios aspectos: 1. En el estudio se definió como estenosis aórtica muy severa la que presentaba una velocidad > 4.5 m/s, sin embargo en las guías europeas², se define como muy severa la velocidad >5.5 m/s, por lo que, cumpliendo este criterio, ya existe un beneficio de la cirugía (IIa C). Algunos de los pacientes incluidos en el estudio cumplían ya criterios para cirugía según las ESC guidelines, por tratarse de estenosis aórtica muy severa. Los pacientes más interesantes en cuanto a la actitud médica a tomar son los que se sitúan entre los 4.5 y 5.5 m/s. 2. La mortalidad operatoria en el estudio fue del 0%, incluidos los pacientes sometidos a cirugía urgente. Esta tasa tan baja de mortalidad no es reproducible en todos los centros hospitalarios. Debemos conocer bien la mortalidad operatoria y perioperatoria de nuestro entorno antes de indicar una cirugía que implique un dudoso beneficio pronóstico. 3. No se realizó ningún remplazo valvular aórtico percutáneo, todos fueron quirúrgicos. No se deben extrapolar los resultados de este estudio al empleo de prótesis percutáneas (TAVI), ya que la población incluida en este ensayo fue significativamente más joven y con menor comorbilidad que en los recientes estudios sobre TAVI en población de bajo riesgo. No obstante, están en marcha algunos estudios que verán la luz en próximos años.

Por último, me gustaría recordar los criterios actualmente vigentes para el reemplazo valvular aórtico en estenosis aórtica severa según la sociedad europea de cardiología en su última actualización sobre el manejo de las valvulopatías (2017): estenosis aórtica severa asociada a disfunción ventricular (FEVI <50%) (IC), disnea en la prueba de esfuerzo (IC) o reducción de la tensión arterial durante el ejercicio (IIaC). También en los casos en las que la valvulopatía sea muy severa (definida como velocidad máxima >5.5 m/s), con importante calcificación y aumento de la velocidad pico >0.3 m/s /año, con péptido natriurético muy elevado o si presentan hipertensión pulmonar severa tipo II (IIaC). Las guías americanas³ del 2014 sientan indicaciones similares a las europeas, a destacar que avalan la cirugía de estenosis aórtica asintomática si la velocidad máxima es >5 m/s o tiene un gradiente medio de 60 mmHg (IIaB).

BIBLIOGRAFÍA

1. Génèreux P, Stone GW, O’Gara PT, et al. Natural history, diagnostic approaches, and therapeutic strategies for patients with asymptomatic severe aortic stenosis. *J Am Coll Cardiol* 2016; 67: 2263-88.
2. Baumgartner H, Falk V, Bax JJ, et al. 2017 ESC/EACTS Guidelines Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur Heart J* 2017; 38: 2739-91.
3. Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2014; 63(22): e57-e185.