

El reemplazo valvular aórtico transcatéter (TAVR):

Modifica las guías de manejo del paciente con estenosis aórtica severa



Fredy A. Madera Soriano, MD
Cirujano Cardiovascular
Mayagüez Medical Center

Las enfermedades de las válvulas cardíacas continúan en aumento debido al mayor número de pacientes envejecientes y a la prevalencia de fiebre reumática –más en países en desarrollo– que afecta las válvulas. Estenosis aórtica tiene una prevalencia de 4-5% en personas sobre 75 años¹. Cerca de 300 000 pacientes sufren esta enfermedad en el mundo. El tratamiento de la estenosis aórtica severa es el reemplazo valvular. De no ser tratada en su estadio sintomático, hay una mortalidad de cerca del 50% a los 2 años².

Las guías de manejo de la AHA/ACC³ establecen las indicaciones para el reemplazo valvular aórtico: pacientes con estenosis aórtica severa sintomáticos; estenosis aórtica severa en pacientes sometidos a cirugías de puentes coronarios y de la aorta o de otras válvulas cardíacas; y pacientes con estenosis severa y baja función sistólica del ventrículo izquierdo (EF < 50%). Sin embargo, más del 30% de los pacientes con estenosis aórtica severa sintomática no se refieren a cirugía por considerarlos inoperables o de alto riesgo.

Para establecer el riesgo perioperatorio utilizamos los *scores* de riesgo que nos dan una idea razonable de la morbimortalidad esperada. La presencia de una aorta de porcelana, tórax hostil por radiación, puentes coronarios patentes, enfermedad pulmonar extrema, hipertensión pulmonar severa, enfermedad hepática terminal, demencia severa, alto nivel de fragilidad y obesidad mórbida son algunos factores que impactan de manera importante los resultados quirúrgicos.


TAVR-Selección de pacientes

El reemplazo aórtico transcatéter (TAVR o TAVI) es un procedimiento que consiste en insertar una válvula bioprostética por el interior de la arteria femoral a

través de un catéter y colocarla en el corazón. Una vez alcanzada la posición deseada, se realiza una valvuloplastia con balón para colocar la válvula de sustitución en el interior de la válvula enferma original. En base a evidencia, la terapia percutánea es la primera opción en pacientes con estenosis aórtica severa e inoperables o de muy alto riesgo quirúrgico⁴.

También un estudio reciente propone el TAVR como una alternativa razonable para la sustitución de la válvula aórtica en pacientes de un riesgo quirúrgico intermedio⁵. La evaluación de estos pacientes debe hacerla un equipo multidisciplinario (cardiólogo intervencionista, cardiólogo clínico, cirujano cardiovascular, ecocardiografista y anestesiólogo). El paciente debe tener las indicaciones mencionadas y ser considerado inoperable o de riesgo quirúrgico muy alto. El riesgo de accidente cerebrovascular y muerte por cualquier causa fue similar al comparar el TAVR con la cirugía tradicional.

TAVR en pacientes de bajo riesgo

Data de registros y algunos meta análisis ya reportan la utilización de TAVR en pacientes jóvenes de bajo riesgo operatorio, pero aún debemos esperar data proveniente de estudios randomizados y controlados en este subgrupo. 

1. Varadarajan et al. European Journal of Cardiothoracic Surgery 2006;30:722-727. Charlson E J of heart valve dis 15(3):312-21, 2006. PA Pellikka, J ACCI, 1990; 15:1012-1017. B J Bouma; 1999; 82:143.
2. Chart (lower left): Otto et al. Heart 2000; 84:211-218. Lester ea. Chest 1998;113:1109-1114. Ross, Braunwald. Circulation 1968;38 (S1): 61-7.
3. 2014 AHA/ACC Guideline J ACC. 2014;63(22): e57-e185.
4. Martin B. Leon, MD, N Engl J Med 2010; 363:1597-1607 October 21, 2010; David H. Adams, MD, N Engl J Med 2014; 370:1790-1798.
5. Martin B. Leon, MD, April 2, 2016 DOI: 10.1056/NEJMoa1514616.