

Comparativa de sustitución quirúrgica vs percutánea en el tratamiento de la degeneración de prótesis biológica aórtica

Eduardo Pozo Osinalde(1), Fernando Emmanuel Canchola Hernández(1), Carolina Vega(1), Alberto Funes Almendros(1), Yassin Daoud(1), Manuel Carnero Alcázar(2), Carmen Olmos Blanco(1), Pilar Jiménez Quevedo(1), José Juan Gómez de Diego(1), Pedro Marcos Alberca(1), María Rivadeneira Ruiz(1), Luis Maroto Castellanos(2), Luis Nombela Franco(1), Julián Pérez-Villacastín Domínguez(1) y José Alberto de Agustín Loeches(1) de (1)Cardiología y (2)Cirugía Cardiaca. Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España

Introducción: El aumento de los portadores de prótesis biológica aórtica y el incremento de la esperanza de vida ha derivado en una mayor incidencia de degeneración protésica. La sustitución quirúrgica es el tratamiento de elección pero existe una creciente indicación de recambio percutáneo (TAVI). Nuestro objetivo es evaluar las diferencias entre los pacientes sometidos a sustitución quirúrgica y percutánea.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes consecutivos sometidos a sustitución valvular por degeneración de prótesis biológica aórtica en nuestro centro terciario entre 2008 y 2025. Se compararon las características clínicas y pronósticas de los pacientes sometidos a recambio protésico percutáneo y quirúrgico.

Resultados: Se incluyeron 149 pacientes (75±14 años, 53,7% varones). La distribución de los factores de riesgo fue: hipertensión (61,7%), diabetes (36,9%), dislipemia (67,8%) y tabaquismo (27,5%). El 33,6% tenía fibrilación auricular y el 30,9% cardiopatía isquémica. El primoimplante se realizó en su mayoría (92,6%) mediante sustitución quirúrgica, la más frecuente pericárdica con stent (47,7%). La mediana a reintervención fue de 9 [7-11] años con una indicación similar entre insuficiencia (38,9%), estenosis (30,2%) y doble lesión significativa (30,9%). La función sistólica se encontraba conservada (FEVI 58,6±11%). Se realizó TAVI en 65 pacientes (43,6%), en su mayoría (51, 78.5%) con prótesis autoexpandible. Todas las prótesis transcatéter fueron reintervenidas mediante TAVI pero sólo el 39,9% de las quirúrgicas (p =0,001). No hubo diferencias en la elección en función del tamaño de la prótesis previa. Los pacientes sometidos a TAVI presentaban una edad más avanzada (81±6 vs 64,2±14 años; p <0,001) y mayor prevalencia de hipertensión (81,5 vs 46,4%; p <0,001) y cardiopatía isquémica (40 vs 24,1%; p =0,086). Este grupo presentó más frecuentemente insuficiencia (15,4 vs 2,4%) y estenosis (7,7 vs 2,4%) posprocedimiento (p =0,004). No hubo diferencias en los reingresos por insuficiencia cardiaca pero los pacientes sometidos a TAVI sufrieron una mayor mortalidad (20 vs 1,2%; p <0,001).

Conclusiones: En degeneración de prótesis biológica aórtica la TAVI se indicó en pacientes de mayor edad, lo que probablemente explique una mayor mortalidad en este grupo al no haberse encontrado diferencias en los reingresos por insuficiencia cardiaca.