

Impacto de la estratificación del daño cardíaco extravalvular (clasificación de Généreux) en la mortalidad pre y post implantación de válvula aórtica transcatéter: experiencia a largo plazo

Oleguer Pau Casas(1), Ángela Cacicedo Fernández de Bobadilla(1), Susana García Gutiérrez(1), Mario Sadaba Sagredo(1), Mónica Gomis Sánchez(1), César Rivaya Ortea(1), Luis Villoria Iglesias(1), Idoia Bravo Martínez(1), Alazne Urkullu Naveda(1), Alberto Ullate de la Torre(1), Jesús Florido Pereña(1), Garazi Oria González(1), José Juan Onaindia Gandarias(1) y Ibon Rodríguez Sánchez(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Galdakao-Usansolo, Galdakao (Bizkaia) - España

Introducción: Existe una creciente evidencia sobre la estratificación del daño cardíaco extravalvular (DCEV) en pacientes con estenosis aórtica severa (EAS) candidatos a implante de válvula aórtica transcatéter (TAVI). El objetivo del estudio es analizar la asociación entre el DCEV y la mortalidad (MRT) pre y post TAVI.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo que incluyó 244 pacientes con EAS candidatos a TAVI entre 2015 y 2025. Se recogieron variables clínicas, analíticas y ecocardiográficas basales. Se clasificó a los pacientes según los estadios de Généreux (EG): sin daño (EG0), disfunción izquierda (EG1), insuficiencia mitral (EG2), hipertensión pulmonar (EG3) y disfunción derecha (EG4). La mediana de seguimiento fue de 71 meses. Se analizó la MRT, por todas las causas, pre-TAVI y post-TAVI acumulada a 1, 3 y 5 años del implante, y se evaluó la supervivencia mediante curva de Kaplan-Meier, comparando los EG con test de log-rank. Para identificar predictores independientes de MRT pre-TAVI se utilizó un modelo de regresión logística multivariante, y en post-TAVI un modelo de regresión de Cox multivariante.

Resultados: La edad media fue 82 años, un 54% varones, un 46% hipertensos y 21% diabéticos. Un 32% tenía fibrilación auricular y un 25% cardiopatía isquémica. El EuroSCORE2 medio fue 8,2, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) media 49% y el NT-proBNP medio 2485 pg/mL. La distribución de los pacientes según EG fue: EG0: 3 (2%), EG1: 31 (16%), EG2: 96 (49%), EG3: 57 (29%) y EG4: 7 (4%). 50 pacientes (20%) fallecieron sin recibir la TAVI, asociándose cada incremento del EG a un 62% de mayor probabilidad de no llegar al implante (OR 1,62; IC95%: 1,07-2,46; p=0,022). En los pacientes que recibieron TAVI la MRT acumulada al 1, 3 y 5º año fue 7, 5 y 5% respectivamente. Las curvas de Kaplan-Meier mostraron una supervivencia significativamente peor en EG más avanzados (log-rank p=0,0004) y en el análisis multivariante de Cox, cada incremento de un EG duplicó el riesgo de MRT (HR 2,28; p<0,0001) y fue independiente tras ajustar por edad, sexo y FEVI.

Conclusiones: En pacientes de edad avanzada con EAS y alto riesgo quirúrgico, el DCEV se asoció de forma independiente a MRT pre y post TAVI. Su valor pronóstico fue independiente de edad, sexo y FEVI. El DCEV podría

ser útil en la estratificación de riesgo para el momento óptimo de TAVI.

