


# Estenosis aórtica moderada en insuficiencia cardiaca avanzada: redefiniendo la gravedad hemodinámica y el valor del tratamiento percutáneo

Gerard Pérez Domènech(1), Andrea Arenas Loriente(1), Sofía Vila-Sanjuán Zamora(1), María Ángeles Castel Lavilla(1), Eduard Solé González(1), Juan José Rodríguez Arias(1), Bárbara Vidal i Hagemeijer(2), Pedro Luis Cepas Guillén(3), Ander Regueiro Cueva(3), Marta Farrero Torres(1) y Pedro J. Caravaca Pérez(1) de (1)Unidad de Insuficiencia Cardíaca. Servicio de Cardiología, (2)Unidad de Imagen Cardíaca. Servicio de Cardiología y (3)Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona - España

Introducción: La estenosis aórtica (EAo) asociada a disfunción ventricular izquierda es una entidad compleja de mal pronóstico. En el contexto de insuficiencia cardíaca (IC) avanzada, su impacto hemodinámico podría infraestimarse con criterios ecocardiográficos convencionales debido al bajo flujo y disfunción miocárdica. El tratamiento percutáneo sigue siendo controvertido, aunque podría ser útil en pacientes seleccionados.
El objetivo fue evaluar el impacto clínico y ecocardiográfico del implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) en pacientes con IC avanzada, disfunción ventricular severa y EAo moderada.

Métodos: Estudio unicéntrico prospectivo de pacientes con IC avanzada, disfunción ventricular severa y EAo moderada confirmada por 2 técnicas (ETT y TC: score calcio y planimetría) tratados con TAVI tras Heart Team. Se recogieron variables clínicas, analíticas y ecocardiográficas basales y a los 6 meses tras TAVI. Las variables continuas se expresan con medianas (RIQ).

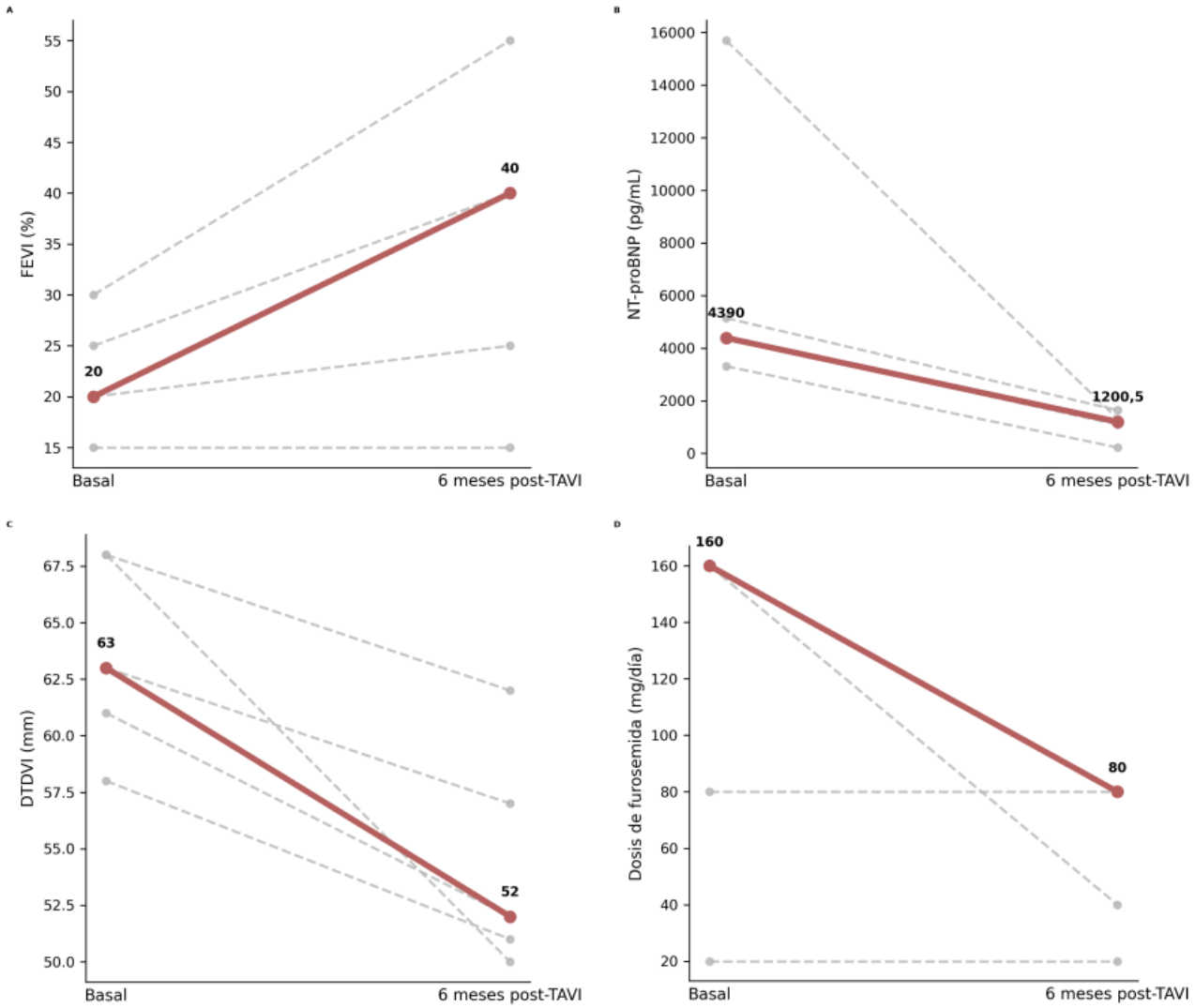
Resultados: Se incluyeron 5 pacientes [100% varones, edad 72,0 (65-79) años]con EAo moderada [gradiente medio 27 (12-27) mmHg; AVA 1,10 (1,03-1,19) $cm^2$; score calcio valvular 1497 (1484-1770)] y FEVI severamente deprimida [20% (20-25)], en IC avanzada (100% NYHA III-IV) (Tabla 1). El implante fue exitoso en todos, sin insuficiencia aórtica residual significativa, trastornos de conducción ni mortalidad intrahospitalaria.

A 6 meses, todos mejoraron ?2 grados NYHA y redujeron el NT-proBNP [4390 (3313-5144) vs 1200 (875-1391) pg/mL]. Se observó remodelado reverso ventricular, con reducción del diámetro telediastólico ventricular izquierdo [63 (61-68) vs 52 (51-58) mm] y mejoría de la FEVI [20% (20-25) vs 37% (25-40)] (Figura 1).

En todos fue posible optimizar el tratamiento pronóstico y reducir dosis de furosemida [160 (80-160) vs 80 (40-80)mg/día]. No se registraron ingresos por IC ni mortalidad en el seguimiento.

Conclusiones: La intervención valvular percutánea en pacientes seleccionados con IC avanzada y EAo moderada mostró seguridad favorable y se asoció a mejoría clínica y remodelado ventricular. Los criterios ecocardiográficos

estándar podrían infraestimar el impacto hemodinámico real de la EAo en determinados pacientes con IC avanzada. Se requieren estudios específicos para redefinir los criterios de severidad de la EAo y esclarecer el papel de estrategias intervencionistas en este escenario.




**Características basales de la población.**

| | PACIENTE 1 | PACIENTE 2 | PACIENTE 3 | PACIENTE 4 | PACIENTE 5 | TOTAL (n=5) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Edad (años, | 79 | 59 | 65 | 72 | 80 | 72,0 |

RIQ: rango intercuartílico; VI: ventrículo izquierdo; IC: insuficiencia cardiaca; TAVI: implante percutáneo de válvula aórtica; CF: clase funcional; NYHA: New York Heart Association; FEVI: fracción de eyección ventricular izquierda; AVA: área valvular aórtica; DTDVI: diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo; UA: unidades Agatston; NT-proBNP: fragmento N-terminal del propéptido natriurético tipo B; iSRAA: inhibidor del sistema renina-angiotensina-aldosterona; BB: betabloqueante.