



# Revista Colombiana de Cardiología

www.elsevier.es/revcolcar



## ARTÍCULO ESPECIAL

# Implante valvular aórtico percutáneo

Camilo Arana<sup>a</sup>, Antonio Dager<sup>a</sup>, Bernardo Caicedo<sup>a</sup>, Jaime Fonseca<sup>a</sup>,  
Luis M. Benítez<sup>b</sup>, Carlos Náder<sup>b</sup>, Mauricio Zárate<sup>c</sup>, Jairo Cadena<sup>d</sup> y Ángela Cucalón<sup>e</sup>

<sup>a</sup> *Cardiología intervencionista, Angiografía de Occidente, Cali, Colombia*

<sup>b</sup> *Imágenes. Angiografía de Occidente, Cali, Colombia*

<sup>c</sup> *Cirugía Cardiovascular. Angiografía de Occidente, Cali, Colombia*

<sup>d</sup> *Dirección operativa, Angiografía de Occidente, Cali, Colombia*

<sup>e</sup> *Programa estructural, Angiografía de Occidente, Cali, Colombia*

Recibido el 4 de abril de 2017; aceptado el 10 de noviembre de 2017

### PALABRAS CLAVE

Estenosis aórtica;  
Insuficiencia aórtica;  
Válvula

### KEYWORDS

Aortic stenosis;  
Aortic valve  
Insufficiency;  
Valve

**Resumen** El propósito de este consenso es presentar un resumen de los principales estudios que han evaluado el implante valvular aórtico percutáneo como terapia alternativa en pacientes con estenosis aórtica sintomática severa, quienes no pueden ser sometidos a cirugía por un alto riesgo quirúrgico, o que se consideran inoperables por el "equipo cardiológico", condiciones consideradas como indicación para dispositivos "off label". Luego se describen métodos diagnósticos para la estenosis aórtica y ayudas para saber con cuál equipo de cardiología estructural contar en la planificación, se revisa el procedimiento y finalmente se mencionan las complicaciones y los riesgos del mismo.

© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Valve implant percutaneous aortic

**Abstract** The purpose of this guide is to present a quick overview of the major studies that have evaluated the valve implant percutaneous aortic as an alternative therapy in patients with severe symptomatic aortic stenosis who can not undergo surgery by a high surgical risk or be considered inoperable by the "Heart team" is considered the indications "off label" devices. Afterwards, diagnostic methods for aortic stenosis and helps with counting equipment structural cardiology to plan, the procedure is reviewed, and finally the complications and risks of the procedure are mentioned.

© 2017 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

<https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.11.006>

0120-5633/© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: Arana C, et al. Implante valvular aórtico percutáneo. Rev Colomb Cardiol. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.11.006>

## Introducción

El reemplazo valvular aórtico quirúrgico es el tratamiento de elección para el manejo de pacientes con estenosis aórtica severa sintomáticos, pues mejora los síntomas y la calidad de vida y prolonga la sobrevida<sup>1</sup>.

Sin embargo, casi el 30-40% de los pacientes con estenosis aórtica sintomática, no son candidatos para cirugía por tener enfermedades asociadas que se traducen en un alto riesgo quirúrgico o los hace de riesgo prohibitivo para cirugía (inoperables)<sup>2</sup>.

Con base en los resultados del PARTNER B<sup>3</sup>, la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, su sigla en inglés) aprobó en noviembre de 2011 la utilización de la válvula Edwards SAPIEN en pacientes inoperables y en aquellos de alto riesgo quirúrgico en octubre de 2012, PARTNER A<sup>4</sup>.

Así mismo, según el US PIVOTAL<sup>5</sup> aprobó el uso de la válvula autoexpandible CoreValve para uso en pacientes inoperables en enero de 2014 y en aquellos de alto riesgo quirúrgico en junio de 2014, US PIVOTAL<sup>6</sup>.

Antes de indicar un implante valvular aórtico percutáneo (TAVI, su sigla en inglés) a un paciente, este debe ser evaluado por una junta médico quirúrgica ("heart team"), que determinará:

1. Que la indicación sea adecuada (que clasifique en el grupo de pacientes con estenosis aórtica severa sintomática y riesgo quirúrgico prohibitivo (inoperable) o alto riesgo quirúrgico.
2. Que haya factibilidad técnica del procedimiento.
3. Que se identifiquen las contraindicaciones clínicas y anatómicas del procedimiento quirúrgico.
4. Que los candidatos tengan una expectativa de vida mayor o igual a un año con posibilidad de mejorar su calidad de vida teniendo en cuenta sus comorbilidades.

## Definiciones

Se define paciente con riesgo prohibitivo para cirugía (inoperable) aquel que por sus condiciones clínicas y anatómicas lo hacen un candidato imposible de llevar a cirugía de reemplazo valvular aórtico debido a la coexistencia de comorbilidades severas: el paciente tiene probabilidad mayor al 50% de morir en los primeros 30 días después de cirugía<sup>3</sup>. Ejemplos de estas situaciones son:

- Aorta en porcelana: en algunas series aproximadamente 20% (5 a 33%) de los pacientes que van a TAVI tiene aorta en porcelana<sup>7</sup>. Se describe como un problema clínico en el que se observa calcio en la pared de la aorta que impide la canulación aórtica, el clampeo aórtico o la aortotomía, o interfiere con la anastomosis del *bypass*. En los estudios PARTNER se define "aorta en porcelana" la calcificación casi completamente circunferencial de la aorta ascendente o el arco aórtico.

Otras situaciones en las cuales puede considerarse TAVI por criterio de riesgo quirúrgico prohibitivo para cirugía (inoperable) son:

- Antecedente de radioterapia a mediastino, injertos coronarios permeables; en especial si LIMA (mamaria interna) cursa cerca a la parte posterior del esternón, por riesgo de daño de la misma durante la esternotomía.
- Pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo severamente comprometida (FE < 25%): esta situación compromete la salida de bomba de circulación extracorpórea en el posquirúrgico inmediato.
- Pacientes con historia de cirugía de tórax previa (la dificultad quirúrgica aumenta con el número de cirugías de tórax del paciente; cuantas más intervenciones tenga, mayor el riesgo de más cantidad de adherencias en el tórax).

Se define paciente de alto riesgo para cirugía aquel con un EuroScore logístico mayor de 20%<sup>8</sup>. Sin embargo, el EuroScore tiende a sobrestimar la mortalidad perioperatoria por lo que se ha estimado que una puntuación superior al 8% por STS ("Society of Thoracic Surgeons"), será más real<sup>9</sup>. En algunas situaciones puede considerarse TAVI pese a que el STS no sea > 8%; son las llamadas condiciones de comorbilidad y fragilidad extrema del paciente, las cuales se definen a continuación.

## Comorbilidad extrema

1. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica moderada o severa (paciente dependiente de oxígeno en casa o paciente con volumen espiratorio menor de 1.000 ml).
2. Cirrosis hepática.
3. Enfermedad grave del tejido conectivo.
4. Paciente en terapia con inmunosupresores.

## Criterios que pueden conducir a que un paciente se considere con fragilidad extrema

1. Anemia severa que requiere transfusión sanguínea.
2. Índice de masa corporal menor de 21 kg/m<sup>2</sup>.
3. Albúmina menor de 3,3 g/dl.
4. Pérdida de peso no explicada mayor de 5 kg por año.
5. Imposibilidad para realizar un test de caminata: 160 metros en 6 minutos (no puede caminar 160 metros en 6 minutos).

Este grupo de pacientes que presentan las condiciones antes enunciadas en ausencia de un elevado riesgo quirúrgico (STS > 8%) pueden conducir a la junta médico quirúrgica a recomendar la decisión de TAVI.

## Evidencia para el uso de TAVI en pacientes con estenosis aórtica severa sintomática

La evidencia hace referencia a diez estudios observacionales los cuales se presentan en la [tabla 1](#); se evalúa el tipo de válvula empleada, el número de pacientes registrados, el éxito primario en el implante y la mortalidad a 30 días y un año. La [tabla 2](#) hace referencia a cinco estudios aleatorios prospectivos (RCT) que comparan la terapia de TAVI con cirugía<sup>10-27</sup>.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8676278>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8676278>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)