

La cirugía actual de la válvula aórtica aislada en el paciente anciano y su impacto en el pronóstico y la calidad de vida

ALBERTO DOMENECH^{MTSAC, FACC}

En este número de la *RAC*, Piccinini y colaboradores (1) presentan un análisis retrospectivo sobre una serie de 87 octogenarios sometidos a reemplazo valvular aórtico aislado (RVA) intervenidos durante un período de 12 años. El objetivo de los autores fue comunicar la morbimortalidad relacionada con el procedimiento, establecer predictores de eventos en el perioperatorio y en el seguimiento y validar, según expresan, la utilidad de los puntajes de predicción utilizados con mayor frecuencia. La mediana de seguimiento fue de 3,3 años con un rango amplio (entre 50 días y 10 años). El 23% de los pacientes intervenidos cumplían criterios de riesgo alto según el sistema Euroscore. (2) Si bien los autores refieren haber calculado el riesgo perioperatorio utilizando el *STS score*, (3) luego no lo utilizan en el análisis. Lamentablemente, la metodología estadística empleada no se ha detallado, pero si observamos la información vertida en las tablas de presentación de datos pareciera que los pacientes del subgrupo de riesgo alto adquieren esa categoría a expensas de una prevalencia mayor de arteriopatía extracardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, reoperaciones, angina inestable y deterioro de la función ventricular. Como consecuencia de no conocer la metodología estadística utilizada, no conocemos las pruebas utilizadas para comparar en este estudio la mortalidad predicha con la observada, pero para el subgrupo de riesgo alto la mortalidad observada fue inferior que la esperada. Este dato en realidad no sorprende. La sobrestimación de riesgo del sistema Euroscore en pacientes sometidos a RVA se ha publicado en series que reúnen varios cientos e incluso miles de pacientes (4, 5) y también un metaanálisis reciente alerta sobre este hecho. (6) En estos estudios, la sobrestimación en la mortalidad se observa no sólo en el grupo de riesgo alto, sino también en los de riesgo bajo y moderado. Si bien esto de alguna manera se opone a lo que infieren los autores (1) en la discusión, tal vez con un número mayor de pacientes Piccinini y colaboradores hubieran encontrado las mismas diferencias en los otros subgrupos que hallan los investigadores de series internacionales.

Es obligatorio recordar que si bien el sistema de predicción desarrollado en Europa sobrestima riesgo, existen publicaciones que sugieren que el sistema de la Society of Thoracic Surgery (STS) parece más adecuado en la estimación de riesgo operatorio en pacientes con

enfermedades valvulares, (7) lo cual está expresado incluso en la bibliografía citada por los autores. (8) Por tal motivo, es una pena que habiendo realizado el cálculo de riesgo por el puntaje de la STS los autores hayan perdido la oportunidad de evaluar este punto en su población.

Los autores muestran resultados de morbimortalidad comparables a estudios internacionales, lo que refleja la calidad y la experiencia del grupo de trabajo.

En este estudio se intentó buscar predictores de eventos, se halló una asociación significativa con mortalidad perioperatoria a la presencia de bajo volumen minuto posoperatorio y no se encontraron predictores de mortalidad alejada. El amplio intervalo de confianza en el OR del único predictor hallado y la ausencia de predictores en el seguimiento sugieren que el número de pacientes incluidos en el estudio puede resultar bajo para lo que se pretende evaluar.

En el seguimiento, la sobrevida a 1, 3 y 5 años (98,6%, 77,3% y 64,7%) se equiparan y en ocasiones se comparan favorablemente con series internacionales; sin embargo, para tener una estimación más precisa, se debería haber incluido en el cálculo la mortalidad hospitalaria. La curva de sobrevida muestra que se siguieron solamente a los pacientes que sobrevivieron y no se perdieron, con lo cual se está sobrestimando el beneficio de la intervención.

Sería interesante también conocer la opinión de los autores sobre cuáles serían las razones por las cuales el 28% de los pacientes incluidos en este estudio no mejoraron e incluso empeoraron, ya que no es un número menor.

Este estudio muestra los resultados locales de una serie de pacientes que se tratan cada vez con mayor frecuencia. Esos resultados muestran que en la Argentina, y en algunos centros, se pueden intervenir octogenarios o pacientes de riesgo alto esperando el mismo éxito que si se hiciera en países europeos o en los Estados Unidos.

El mensaje que los autores transmiten, tal vez a través de un estudio que en algunos aspectos resulta opinable, coincide y se apoya en múltiples estudios realizados y publicados desde 2007 al presente y apunta en primer lugar a recordar los beneficios de un procedimiento establecido y probado en los pacientes mayores de 80 años y, segundo, a alertar sobre el hecho

de que uno de los elementos que se están tomando en cuenta para seleccionar pacientes para implante de una válvula aórtica por vía endovascular (Euroscore de riesgo alto) resulta definitivamente inadecuado. Si apoyamos nuestras decisiones sólo en ese punto, no estaremos actuando de manera correcta.

Todos los médicos implicados en el tratamiento de pacientes con enfermedades cardiovasculares conocemos las dificultades que existen en el momento de generar evidencia cuando se comparan estrategias invasivas. Son testigos de esto numerosos ensayos que compararon angioplastia *versus* cirugía en el manejo de la enfermedad coronaria y sobre los que aún seguimos discutiendo.

En lo que respecta al manejo de la estenosis aórtica en la actualidad, podríamos comenzar a realizar inferencias comparando estudios de pacientes tratados con uno u otro método con realidades diferentes y resultados que pueden mostrar beneficio de una u otra estrategia.

Encontraremos datos de registros y de series institucionales que, aunque respetables, no permiten hacer generalizaciones.

Hoy por hoy, adhiriendo a los principios de la medicina basada en la evidencia, tal vez resulte adecuado sugerir que se esperen los resultados del PARTNER TRIAL (Placement of Aortic Transcatheter Valve Trial), (9) que intentará responder dos preguntas importantes: sobrevida al año de pacientes sometidos RVA transcáteter *versus* RVA quirúrgica y sobrevida al año de pacientes sometidos a RVA transcáteter *versus* tratamiento médico. Una descripción detallada de este ensayo está más allá del objetivo de este editorial.

Sin embargo, en septiembre de 2010 se publicaron los resultados al año de una de las dos cohortes de pacientes estudiadas, la de tratamiento con implante valvular aórtico transcáteter *versus* terapéutica estándar (incluyendo valvuloplastia percutánea). (10) Tanto la mortalidad por cualquier causa como la tasa combinada de muerte-reinternación por alguna causa fue significativamente menor con la estrategia intervencionista. Lo mismo ocurrió con la frecuencia

de aparición de síntomas cardiovasculares al año. Asimismo, el grupo al cual se le implantó una válvula transcáteter tuvo una frecuencia de complicaciones mayores y de *stroke* significativamente mayor que el grupo con tratamiento estándar.

Falta aún esperar los resultados de las otras cohortes, así como del grupo control (reemplazo valvular convencional).

BIBLIOGRAFÍA

1. Piccinini F, Vrancic J, Vaccarino G, Raich H, Siles G, Benzádon M y col. Cirugía de reemplazo valvular aórtico aislado en pacientes octogenarios: evaluación, riesgo perioperatorio y resultados a mediano plazo. *Rev Argent Cardiol* 2010;78:476-84.
2. Roques F, Nashef SA, Michel P, Gauducheau E, de Vincentiis C, Baudet E, et al. Risk factors and outcome in European cardiac surgery: analysis of the EuroSCORE multinational database of 19030 patients. *Eur J Cardiothorac Surg* 1999;15:816-22.
3. Clark RE. Calculating risk and outcome: The Society of Thoracic Surgeons database. *Ann Thorac Surg* 1996;62:S2-5.
4. Osswald B, Gegouskow V, Badowsky-Zila D, Tochtermann U, Thomas G, Hagl S, et al. Overestimation of aortic valve replacement Risk by EUROSCORE: implications for percutaneous valve replacement. *Eur Heart J* 2009;30:74-80.
5. Brown ML, Schaff HV, Sarano ME, Li Z, Sundt TM, Dearani JA, et al. Is the European System for Cardiac Operative Risk Evaluation Model valid for estimating the operative risk of patients considered for percutaneous aortic valve replacement? *J Thorac Cardiovasc Surg* 2008;136:566-71.
6. Parolari A, Pesce L, Trezzi M, Cavallotti L, Kassem S, Loardi C, et al. EUROSCORE performance in valve surgery: A metanalysis. *Ann Thorac Surg* 2010;89:787-93.
7. Wendt D, Osswald B, Kayser K, Thielmann M, Tossios P, Massoudy P, et al. Society of Thoracic Surgeons Score is superior to the EUROSCORE determining mortality in high risk patients undergoing isolated aortic valve replacement. *Ann Thorac Surg* 2009;88:468-74.
8. Dewey TM, Brown D, Ryan WH, Herbert MA, Prince SL, Mack MJ. Reliability of risk algorithms in predicting early and late operative outcomes in high risk patients undergoing aortic valve replacement. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2008;135:180-7.
9. The PARTNER TRIAL. www.clinicaltrials.gov.
10. Leon MB, Smith CR, Mack M, Miller DC, Moses JW, Svensson LG, et al; PARTNER Trial Investigators. Transcatheter aortic-valve implantation for aortic stenosis in patients who cannot undergo surgery. *N Engl J Med* 2010;363:1597-607.