



A debate. Estenosis aórtica grave asintomática, ¿es el momento de actuar? Perspectiva del clínico



Debate. Asymptomatic severe aortic stenosis: when should we intervene? The clinician's perspective

José L. Zamorano*

Servicio de Cardiología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M23000418>

PREGUNTA: ¿Es posible estimar la prevalencia de la estenosis aórtica asintomática y sus distintos grados de gravedad en la población general?

RESPUESTA: Se pueden hacer estimaciones, pero no tengo duda de que infraestiman la prevalencia real de la estenosis aórtica (EA) asintomática. Lo que sabemos es que, de acuerdo con las *European Cardiovascular Disease Statistics* de 2017, hay más de 6 millones de nuevos diagnósticos de enfermedad cardiovascular al año en Europa y más de 50 millones casos prevalentes en Europa (un incremento del 30% desde el año 2000). Si aplicamos esto a España, hay más de 250.000 nuevos diagnósticos de enfermedad cardiovascular al año y más de 4 millones de casos prevalentes en España.

Y si nos centramos en la enfermedad valvular, según la última *Euro Heart Survey*, la EA sigue siendo la valvulopatía grave más diagnosticada (41%) y más intervenida (45% del total de las intervenciones) en el ámbito hospitalario. Está claro que es la valvulopatía con más peso en el conjunto de los pacientes. Esto es todavía más significativo cuando nos centramos en la población de edad avanzada. En el registro de Olmsted County¹, la prevalencia de la EA era del 0,5%, siendo del 4,6% en pacientes mayores de 75 años, cifra muy similar a la del estudio AGES-Reykjavík², en el que la prevalencia de EA grave era del 4,3% en los mayores de 70 años.

Si nos centramos en el paciente sin síntomas, hay datos, pero indirectos, de la prevalencia real. España ha tenido una gran relevancia en que se haya podido hacer una estimación de estos. En el registro de Ferreira et al.³ la prevalencia de esclerosis fue del 45,5% y la de estenosis fue del 3%. Más recientemente, en un estudio realizado por nuestro grupo^{4,5} se detectó, en centros de vacunación, esclerosis aórtica no conocida en un 53,4% de los pacientes y EA no conocida en un 4,2%.

Por ello, y de manera significativa, basándose en los datos de prevalencia poblacional obtenidos y en la composición actual y prevista de la población española para los próximos 40 años, se estima que 470.000 españoles presentan en la actualidad EA no

diagnosticada. En caso de cumplirse las expectativas de crecimiento y distribución poblacional del Instituto Nacional de Estadística, y si la proporción de diagnosticados o intervenidos frente a desconocidos no se modifica, el número de personas con EA no conocida rozaría el millón en el año 2060. Si se cumple que el 10% de las EA no detectadas son graves, estaríamos hablando de cerca de 100.000 casos de EA grave no diagnosticada y, por lo tanto, no seguida ni potencialmente tratada. Recordemos que, en la actualidad, se intervienen unas 4.500 EA graves al año, lo que ayuda a tomar perspectiva del problema.

P: ¿Cómo abordar, desde el punto de vista diagnóstico, al paciente que presenta una estenosis aórtica grave y no refiere síntomas?

R: En primer lugar, hay que estar seguro de que un enfermo de EA grave es realmente asintomático. Aquí es clave profundizar en su historia clínica y que un experto revise el ecocardiograma realizado. En caso de que la estenosis sea realmente grave y asintomática, hay datos que nos pueden inducir a iniciar un tratamiento precoz. No podemos olvidar evaluar la presencia de disfunción ventricular, la aparición de síntomas durante el ejercicio, la caída de la presión arterial durante el esfuerzo, la elevación marcada del péptido natriurético cerebral, la calcificación muy extensa y la progresión rápida de la disminución del área aórtica en la evolución del enfermo; son datos claros que llevan a intervenir de forma precoz. Esto es mucho más relevante con las técnicas percutáneas, ya claramente instauradas y con un riesgo bajo. No debemos olvidar que la rápida evolución de la técnica desde la aparición de los implantes percutáneos de válvula aórtica (TAVI) hace que muchas afirmaciones que considerábamos inamovibles, como esperar a que haya síntomas o iniciar el tratamiento antes de que la enfermedad sea grave, puedan quedar desfasadas.

Creo que el momento óptimo para intervenir al paciente con EA grave asintomática es cuando comienza la descompensación del ventrículo izquierdo. Tenemos datos, como el péptido natriurético cerebral, el *strain* en la ecocardiografía, el mapeo T1 y el realce tardío en la resonancia magnética, que pueden ayudar a identificar

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: zamorano@secardiologia.es (J.L. Zamorano).

Online el 2 de noviembre de 2023.

Full English text available from: <https://www.recintervcardiol.org/en>.

2604-7306 / © 2023 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.

un riesgo de mortalidad elevado en estos enfermos. Por ello, la estratificación del daño cardiaco proporciona un valor pronóstico adicional sobre el factor de riesgo clínico tradicional para predecir la supervivencia en la EA asintomática.

Es probable que los ensayos en marcha^{6,7} nos lleven hacia una intervención más temprana, aun estando el paciente asintomático.

P: ¿Qué evidencias relevantes podrían avalar hoy día el recambio valvular aórtico en un caso de auténtica estenosis aórtica grave asintomática?

R: Hay datos con enfermos sometidos a cirugía que apoyan la idea de intervención en pacientes asintomáticos. El estudio AVATAR⁸ demostró que, en pacientes asintomáticos con EA grave, la cirugía temprana redujo el objetivo primario combinado de muerte por cualquier causa, infarto agudo de miocardio, accidente vascular cerebral y hospitalización por insuficiencia cardiaca en comparación con el tratamiento conservador.

El ensayo EARLY TAVR (NCT03042104) examinará la seguridad y la eficacia del TAVI con SAPIEN 3 o SAPIEN 3 Ultra frente a la vigilancia clínica en pacientes con EA grave asintomáticos. Su propósito es comparar los resultados de los pacientes a quienes se les reemplazan las válvulas en una etapa temprana de la enfermedad con los de aquellos a los que se controla la enfermedad.

No obstante, dada la evolución natural de la EA y la baja morbimortalidad del TAVI, se ha planteado la idea de tratar la EA en una etapa más temprana de la enfermedad. El reciente estudio VALVENOR⁹ demostró que, en comparación con la población general, los pacientes con EA moderada sintomática experimentaron una mayor mortalidad de causa cardiovascular en comparación con aquellos con EA leve (aunque todavía menor que la de los pacientes con EA grave). En este sentido, tanto los ensayos PROGRESS (NCT04889872) y TAVR UNLOAD (NCT02661451) como el ensayo fundamental EXPAND TAVR II (NCT05149755) evalúan el TAVI frente a la monitorización clínica en pacientes con síntomas y EA moderada. Aunque se justifica un optimismo cauteloso, es importante reconocer ciertas limitaciones potenciales. Además, debemos ser conscientes de que la prevención de la degeneración valvular es un tema importante de investigación actual, y que reemplazar la válvula nativa por una prótesis no es una cura permanente para el problema. Por otra parte, a medida que tratamos a pacientes más jóvenes, es importante comprender las limitaciones anatómicas impuestas por la necesidad de futuros nuevos implantes *valve-in-valve*, así como la durabilidad de las válvulas.

P: ¿Cómo se está procediendo actualmente en su centro con estos pacientes?

R: Nuestro centro sin duda cambió radicalmente en el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de estos enfermos desde que consolidamos la Clínica Valvular hace ya 7 años. Consta de dos cardiólogos clínicos y una enfermera jefe del proceso valvular. Los diagnósticos se hacen siguiendo un protocolo uniforme y siempre con la misma máquina de ecocardiografía, que tiene exclusivamente una agenda de ecografías valvulares. Esto hace que la variabilidad

y la estandarización sean muy correctas. Una vez que el cardiólogo clínico establece que se debe tratar a un enfermo, se está en estrecho contacto con otros profesionales especializados en el tratamiento de este tipo de pacientes. Sin duda, esto hace que la calidad mejore. Los datos se presentan cada año al hospital y se publican, con las posibles complicaciones y los resultados. También anualmente los cirujanos presentan, de forma transparente, sus datos de los enfermos operados. Creo que es una suerte que en el Hospital Ramón y Cajal contemos con excelentes clínicos, intervencionistas y cirujanos con amplia experiencia en enfermos valvulares, y con datos publicados y auditables.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

DECLARACIÓN SOBRE EL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

No usada.

CONFLICTO DE INTERESES

J.L. Zamorano no ha recibido ninguna financiación por la redacción de este artículo. Ha recibido honorarios relacionados por conferencias de Bayer, Pfizer, Daichii y Novartis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nkomo VT, Gardin JM, Skelton TN, Gottdiener JS, Scott CG, Enriquez-Sarano M. Burden of valvular heart diseases: a population-based study. *Lancet*. 2006;368:1005-1011.
2. Danielsen R, Aspelund T, Harris TB, Gudnason V. The prevalence of aortic stenosis in the elderly in Iceland and predictions for the coming decades: The AGES-Reykjavik study. *Int J Cardiol*. 2014;176:916-922.
3. Ferreira-González I, Pinar-Sopena J, Ribera A, et al. Prevalence of calcific aortic valve disease in the elderly and associated risk factors: a population-based study in a Mediterranean area. *Eur J Prev Cardiol*. 2013;20:1022-1030.
4. Ramos J, Monteagudo JM, González-Alujas T, et al. Large-scale assessment of aortic stenosis: facing the next cardiac epidemic? *Eur Heart J Cardiovasc Imaging*. 2018;19:1142-1148.
5. Ramos Jiménez J, Hernández Jiménez S, Viéitez Flórez JM, Sequeiros MA, Alonso Salinas GL, Zamorano Gómez JL. Cribado poblacional de estenosis aórtica: prevalencia y perfil de riesgo. *REC CardioClinics*. 2021;56:77-84.
6. Lancellotti P, Magne J, Dulgheru R, et al. Prognostic impact of left ventricular ejection fraction in patients with severe aortic stenosis. *JACC Cardiovasc Interv*. 2018;11:1451-1457.
7. Bohbot Y, de Meester de Ravenstein C, Chadha G, et al. Relationship between left ventricular ejection fraction and mortality in asymptomatic and minimally symptomatic patients with severe aortic stenosis. *JACC Cardiovasc Imaging*. 2019;12:38-48.
8. Banovic M, Putnik S, Penicka M, et al. Aortic Valve Replacement Versus Conservative Treatment in Asymptomatic Severe Aortic Stenosis: The AVATAR Trial. *Circulation*. 2022;145:648-658.
9. Coisne A, Montaigne D, Aghezzi S, et al. Association of mortality with aortic stenosis severity in outpatients. *JAMA Cardiol*. 2021;6:1424-1431.