

Cardio X con Expertos - Comité de Cirugía Cardiovascular



Dr. Mario Arguello

Jefe del Departamento de Cirugía Cardiovascular del Sanatorio Británico de Rosario

TAVI en Pacientes menores de 70 años ¿Tenemos evidencia suficiente?

Las nuevas guías de ESC/EACTS publicada en 2025 bajaron la edad de indicación del TAVI a 70 años. ¿Existe evidencia suficiente?

Los estudios aleatorizados más citados (PARTNER 3 y EVOLUT Low Risk) ofrecen seguimientos de hasta cinco años, un horizonte claramente insuficiente para pacientes jóvenes cuya expectativa de vida supera los 20 años. Por su parte el estudio NOTION ha publicado recientemente resultados a 10 años con una durabilidad razonable de las válvulas transcáteter, pero alcanza a una población de edad avanzada con bajo volumen de pacientes y especialmente de pacientes jóvenes. Por consiguiente, no se puede hablar aún de equivalencia terapéutica entre TAVI y cirugía, porque la durabilidad de la prótesis transcáteter sigue siendo una incógnita. bles a 25 años.



Cardio X con Expertos - Comité de Cirugía Cardiovascular

Las nuevas guías de ESC/EACTS publicada en 2025 bajaron la edad de indicación del TAVI a 70 años. ¿Existe evidencia suficiente?

Los estudios aleatorizados más citados (PARTNER 3 y EVOLUT Low Risk) ofrecen seguimientos de hasta cinco años, un horizonte claramente insuficiente para pacientes jóvenes cuya expectativa de vida supera los 20 años. Por su parte el estudio NOTION ha publicado recientemente resultados a 10 años con una durabilidad razonable de las válvulas transcáteter, pero alcanza a una población de edad avanzada con bajo volumen de pacientes y especialmente de pacientes jóvenes. Por consiguiente, no se puede hablar aún de equivalencia terapéutica entre TAVI y cirugía, porque la durabilidad de la prótesis transcáteter sigue siendo una incógnita.

¿Por qué los estudios no observacionales muestran resultados tan diferentes a los estudios aleatorizados?

Los datos provenientes del mundo real, generalmente reportan resultados inconsistentes con los resultados de los estudios aleatorizados especialmente en relación a mortalidad, donde esta comienza a aumentar a partir del segundo año de seguimiento en los pacientes tratados con TAVI, estos resultados fueron publicados en el estudio Italiano OBSERVANT a diez años, en diferentes metaanálisis, en el registro nacional de Dinamarca publicado en 2024 y en el registro Francés de la vida real publicado el 18 de Marzo del 2026.

Si bien los estudios aleatorizados son el Gold Standard de la medicina basada en la evidencia, los criterios de inclusión son muy estrictos, los pacientes son altamente seleccionados con anatomías "perfectas" para TAVI (sin mucho calcio, sin válvula bicúspide, coronarias altas) haciendo que los resultados sean iguales o incluso superiores a la cirugía en el corto plazo.



Cardio X con Expertos - Comité de Cirugía Cardiovascular

Estos estudios carecen de validación externa y su generalización a la población general no siempre es tan evidente, mientras que los estudios observacionales si bien reflejan una población más diversa y de la práctica diaria, están más sujetos a sesgo de selección, pero sin dudas forman una parte muy importante en el proceso de selección terapéutico.

¿La elección del tratamiento debe basarse únicamente en el riesgo inicial?

Muchas publicaciones muestran que los resultados iniciales del TAVI, son muy superior a los resultados quirúrgicos, pero debemos tener en cuenta que en pacientes jóvenes el seguimiento a largo plazo es fundamental como lo es la durabilidad de la prótesis y la reproducibilidad del resultado. Estos detalles no son menores y pueden marcar la diferencia entre un tratamiento definitivo y una serie de reintervenciones acumuladas con el paso del tiempo, está claramente demostrado en registros contemporáneos y en series multicéntricas que las reintervenciones tras TAVI se asocian a una mortalidad claramente superior a la de las reoperaciones convencionales. Por otro lado, los estudios aleatorizados minimizan complicaciones que para un paciente joven suelen ser críticas, un ejemplo claro son las fugas paravalvulares y la mayor necesidad de marcapasos.

Una fuga "leve" se considera un éxito en los estudios aleatorizados, mientras que, en estudios no aleatorizados con seguimiento a 10 años, se ha visto que una fuga leve aumenta la mortalidad en pacientes jóvenes.

La mayor necesidad de marcapasos en TAVI, lo presentan como un evento manejable, mientras que los estudios de vida real, muestran que tener un marcapasos desde los 60 años se asocia a deterioro de la FEY, aumento significativo de hospitalización por insuficiencia cardíaca y mayor riesgo de muerte por cualquier causa y muerte cardiovascular en el seguimiento a 10 años tal como se publicó en el registro SWISS TAVI.



Cardio X con Expertos - Comité de Cirugía Cardiovascular

¿Si tuviera 65 años y estenosis aortica severa ignoraría los estudios no aleatorizados?

Al contrario, los usaría para ver la "letra pequeña" y como un elemento más en la toma de decisiones. Si tuviera una válvula bicúspide, los estudios aleatorizados no dan una respuesta convincente por ahora, mientras que los no aleatorizados dicen que la cirugía es mejor. Pero si además, espero vivir más de 20 años, los ensayos aleatorizados tampoco dan respuesta ya que solo llegan a 5-8 años, mientras que la cirugía tiene datos favorables a 25 años.

