



ARTÍCULOS COMENTADOS POR COMITÉS

Comité de Cirugía Cardiovascular

Intervención Precoz vs Manejo Conservador en la Estenosis Aórtica Grave Asintomática: una revisión crítica de la evidencia de ensayos aleatorizados

Early Intervention vs Conservative Management in Severe Asymptomatic Aortic Stenosis: A Critical Review of Randomized Evidence

JACC Journals > JACC: Advances > Archives > Vol. 4 No. 10_Part_2



Dr. Mario J. Argüello

Jefe del Departamento de Cirugía Cardiovascular del Sanatorio Británico de Rosario

El dilema clínico de intervenir pronto para evitar descompensaciones cardíacas o mantener vigilancia activa hasta que aparezcan síntomas sigue dando de qué hablar. La estenosis aórtica severa se asocia a un bajo riesgo de muerte súbita y puede permanecer asintomática durante años pese a daño miocárdico subyacente. En la actualidad gracias a los riesgos quirúrgicos bajos y a las alternativas transcatóter, han surgido ensayos aleatorizados que comparan intervenciones tempranas con seguimiento clínico estrecho.

Evidencia proveniente de ensayos aleatorizados

RECOVERY: evaluó 145 pacientes con estenosis aórtica muy severa y FEVI $\geq 50\%$. Con una mediana de seguimiento de 74 meses, la cirugía precoz se asoció a menor mortalidad cardiovascular (1% vs 15%; HR: 0,09) y menor mortalidad total (7% vs 21%; HR: 0,33). En el brazo conservador, el 74% requirió cirugía tras una mediana de 23 meses, y la muerte súbita fue infrecuente (en torno a 1% anual a 4 años).



ARTÍCULOS COMENTADOS POR COMITÉS

Comité de Cirugía Cardiovascular

MAVATAR: aleatorizó 157 pacientes con estenosis aórtica severa y FEVI $\geq 50\%$ tras confirmar ausencia de síntomas mediante prueba de esfuerzo (capacidad para alcanzar el 85% de la frecuencia cardíaca máxima prevista sin síntomas). La cirugía precoz redujo el objetivo combinado (muerte por cualquier causa o eventos cardiovasculares mayores: infarto, ictus e ingreso no planificado por insuficiencia cardíaca con tratamiento intravenoso) (15,2% vs 34,7%; HR: 0,46), sin diferencias en mortalidad total. En el seguimiento ampliado (63 meses), la cirugía precoz se asoció con menor incidencia del objetivo principal (23,1% vs 46,8%; HR: 0,42) y menor mortalidad total (16,7% vs 34,2%; HR: 0,44).

Aproximadamente el 49,4% del brazo conservador recibió recambio valvular durante el seguimiento, principalmente por inicio de síntomas. La muerte súbita anual fue baja en ambos grupos.

EVOLVED: aleatorizó 224 pacientes con estenosis aórtica severa, FEVI $\geq 50\%$ y **evidencia de fibrosis miocárdica mediada por resonancia** tras una selección inicial por remodelado (troponina I ultrasensible $\geq 6\text{ng/L}$ o hipertrofia en el electrocardiograma). La prueba de esfuerzo no fue obligatoria para definir la ausencia de síntomas. Comparó recambio valvular precoz (75% cirugía, 25% TAVR) frente a vigilancia. El objetivo principal (muerte por cualquier causa o ingreso no planificado relacionado con estenosis aórtica) **no mostró diferencias (18% vs 23%; HR: 0,79), y la mortalidad total fue similar (14% vs 13%)**. En el brazo conservador, el 77% recibió recambio durante el seguimiento; el 28% en el primer año. **La indicación más habitual fue el inicio de síntomas.**



ARTÍCULOS COMENTADOS POR COMITÉS

Comité de Cirugía Cardiovascular

EARLY TAVR: incluyó 901 pacientes (edad media 76 años) con estenosis aórtica severa asintomática, FEVI $\geq 50\%$ y anatomía adecuada para acceso transfemoral; **la prueba de esfuerzo se realizó en el 90,6%.** Comparó TAVR precoz frente a vigilancia. El objetivo principal fue un combinado de muerte por cualquier causa, ictus o ingreso no planificado por causa cardiovascular. En una mediana de seguimiento de 3,8 años, el objetivo principal fue menor con TAVR precoz (26,8% vs 45,3%; HR: 0,50), impulsado por los recambios tempranos en el brazo conservador. **La mortalidad total fue similar (8,4% vs 9,2%).** La muerte súbita fue rara ($\approx 0,4\%$ y $0,3\%$ por año en intervención precoz y vigilancia, respectivamente). En el brazo conservador, el 87% acabó recibiendo TAVR tras una mediana de 11 meses.

¿Por qué los resultados no son idénticos? Los ensayos coinciden en dos mensajes:

Primero, la muerte súbita en estenosis aórtica severa asintomática fue infrecuente en todos los estudios cuando hubo seguimiento estrecho.

Segundo, el patrón de vigilancia y el cruce a recambio valvular en los brazos conservadores condicionan fuertemente los resultados de mortalidad.

Los ejemplos más marcados son: EARLY TAVR, 87% de recambio durante el seguimiento lo cual se asoció a una tasa de muerte baja durante este período, mientras que en el ensayo AVATAR la tasa de recambio fue solo del 44%. En RECOVERY, se describe un aumento marcado de mortalidad entre 6 y 8 años, lo que sugiere que la intensidad de la vigilancia puede ser determinante para mantener la seguridad del manejo conservador.



ARTÍCULOS COMENTADOS POR COMITÉS

Comité de Cirugía Cardiovascular

La señal más coherente a favor de intervenir precozmente es la reducción de ingresos por insuficiencia cardíaca o causas cardiovasculares. En cuanto a ictus, la tendencia global sugiere un menor riesgo con intervención precoz, aunque sin consistencia estadística en cada ensayo individual.

La evidencia aleatorizada actual sugiere que la vigilancia activa es una opción razonable en estenosis aórtica severa asintomática cuando puede garantizarse un seguimiento estrecho y fiable. **La intervención precoz, ya sea quirúrgica o transcatéter según perfil y anatomía**, puede aportar ventaja sobre todo en términos de reducción de hospitalizaciones y posiblemente eventos neurológicos, pero no ha demostrado un beneficio consistente en mortalidad a medio plazo en todos los estudios.

Cómo aplicar estos resultados en la práctica clínica

Una estrategia de vigilancia requiere estar alerta ante síntomas, revisiones periódicas con imagen seriada y pruebas objetivas, evaluación cada 6 meses y un enfoque basado en “disparadores” para indicar recambio valvular: FEVI $\leq 50\%$, prueba de esfuerzo positiva, aumento de péptidos natriuréticos (por encima de 3 veces el rango normal corregido por edad y sexo), estenosis muy severa (gradiente medio $>60\text{mmHg}$ o $V_{\text{max}} >5\text{m/s}$), calcificación valvular severa evaluada por tomografía, o progresión de V_{max} de $0,3\text{m/s/año}$.

Si el seguimiento estrecho no es factible (por cuestiones sociales o progresión no controlada), el recambio valvular pasa a ser una opción preferente.

La conducta médica no debe basarse en la muerte súbita como argumento principal para intervenir, el objetivo práctico es prevenir descompensación y hospitalizaciones sin asumir un recambio innecesariamente temprano en pacientes bien controlados.



ARTÍCULOS COMENTADOS POR COMITÉS

Comité de Cirugía Cardiovascular

El mensaje podría ser binario: **vigilancia estrecha** para quienes puedan garantizarla o **intervención temprana** para quienes, por perfil clínico o logística, se beneficien de intervenir antes. En todos los escenarios, el trabajo en equipo y la toma de decisiones compartida son esenciales para garantizar calidad de atención.