



A debate: Estenosis aórtica grave bicúspide en el paciente sin riesgo elevado para cirugía. A favor de la cirugía

Debate: Severe bicuspid aortic valve stenosis in non-high-risk surgical patients. In favor of surgery

Jacobo Silva Guisasola*

Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España



VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
<https://doi.org/10.24875/RECIC.M21000259>

PREGUNTA: ¿Qué prevalencia de válvula bicúspide existe en la población a la que realiza actualmente cirugía de recambio valvular aórtico?

RESPUESTA: La prevalencia de la válvula aórtica bicúspide se estima en torno al 1-2% de la población, y de estos, entre el 27% y el 35% necesitarán cirugía a lo largo de los 20 años de seguimiento¹. Por otra parte, la dilatación de la aorta ascendente asociada, con resultados dispares en cuanto a su prevalencia, aparece en un porcentaje en torno al 50-80%¹. En nuestro centro, el 30% de los recambios o reparaciones sobre válvula aórtica, ya sea o no con sustitución de la aorta ascendente, son sobre válvula bicúspide. Además, es un grupo de pacientes con predominio de varones, con una edad media de 55 años y unas características clínicas diferentes de la estenosis aórtica del anciano. Muchos de estos pacientes son reparados, cuando la insuficiencia es predominante, con unos excelentes resultados.

P.: ¿Qué consideraciones especiales tiene la cirugía cuando se lleva a cabo sobre una válvula bicúspide?

R.: Hay tres. En primer lugar, esta enfermedad afecta a un grupo de edad más joven. Además, son válvulas con una intensa calcificación, y esto supone grandes dificultades técnicas en la descalcificación para conseguir un correcto implante bajo visión directa. Por último, en muchas ocasiones es preciso sustituir la aorta ascendente. Siguiendo las guías de las sociedades europeas de cardiología y cirugía torácica, la aorta ascendente debe ser sustituida cuando es mayor de 45 mm si hay recambio valvular asociado. La indicación del aneurisma aislado sin afectación valvular es de 50 mm si existen factores de riesgo asociados (hipertensión arterial, antecedente de disección o síndrome aórtico)².

P.: ¿Cree que la estenosis aórtica grave sobre válvula bicúspide es de por sí una indicación preferente de cirugía independientemente del riesgo quirúrgico?

R.: Sí, por las argumentaciones antes expuestas sobre las características especiales de esta enfermedad, lo que motiva que en la inmensa mayoría de los casos deba ser tratada de forma quirúrgica. El principal motivo es que afecta a pacientes más jóvenes, en los que otras opciones terapéuticas no han sido validadas con un seguimiento más allá de 10 años. Otras razones, no menos importantes, son la intensa calcificación, las posibilidades de reparación cuando existe doble lesión valvular y la necesidad del recambio de la aorta ascendente en muchas ocasiones.

P.: ¿Qué casos con estenosis aórtica grave bicúspide considera claramente quirúrgicos y cuáles no?

R.: En principio, cualquier caso debe ser preferentemente quirúrgico. Solo en aquellos pacientes en que la cirugía está contraindicada se pueden considerar otras opciones, aunque la evidencia sobre el tema es débil. Los estudios sobre prótesis transcatheter incluyen pacientes con estenosis aórtica del anciano. Los pacientes mayores de 75 años, con comorbilidad, siguiendo las guías europeas podrían ser tratados de forma percutánea, teniendo en cuenta la intensa calcificación asociada y la falta de evidencia³.

FINANCIACIÓN

No existen fuentes de financiación.

* Autor para correspondencia: Hospital Universitario Central de Asturias, Avda. de Roma s/n, 33011 Oviedo, Asturias, España.
Correo electrónico: jsilva8252@yahoo.es (J. Silva Guisasola).

Online: 24-01-2022.

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

2604-7306 / © 2021 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.

CONFLICTO DE INTERESES

No existen conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Detaint D, Michelena HI, Nkomo VT, Vahanian A, Jondeau G, Sarano ME. Aortic dilatation patterns and rates in adults with bicuspid aortic valves: a comparative study with Marfan syndrome and degenerative aortopathy. *Heart*. 2014;100:126-134.
2. Erbel R, Aboyans V, Boileau C, et al. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: Document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). ESC Committee for Practice Guidelines. *Eur Heart J*. 2014;35:2873-2926.
3. Vahanian A, Beyersdorf F, Praz F, et al. 2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. ESC/EACTS Scientific Document Group; ESC Scientific Document Group. *Eur Heart J*. 2022;43:561-632.