



## EDITORIAL

### Estenosis aórtica severa en el anciano: ¿mal pronóstico implica necesidad de intervención?

#### Severe aortic stenosis in the elderly: bad prognosis means that surgery is necessary?

Manuel Martínez-Sellés

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón y Departamento de Especialidades Médicas, Universidad Europea de Madrid, Madrid, España

«The cause of death in calcific aortic stenosis is frequently not cardiac»

Florence McKeown. *Heart disease in old age*. 1963<sup>1</sup>.

La estenosis aórtica (EAO) es la valvulopatía más frecuente en el anciano y en torno al 15% de los individuos con más de 80 años presentan EAO severa<sup>2</sup>. La EAO es un importante predictor de mortalidad en población general<sup>3</sup> y con insuficiencia cardíaca<sup>4</sup>. Sin embargo, los estudios enfocados a su historia natural han incluido muy pocos ancianos. La anamnesis, la recogida de síntomas relacionados y la valoración de la clase funcional son frecuentemente difíciles en pacientes de edad avanzada, que también presentan con frecuencia inactividad física de causa no cardíacas. De hecho, en el anciano la relación de los síntomas con el pronóstico de la EAO no está clara<sup>2</sup>.

Aunque la mayoría de ancianos con EAO severa se tratan de forma conservadora, la sustitución valvular aórtica (SVAo) es el tratamiento de elección de la EAO severa sintomática<sup>5</sup>. Sin embargo, no hay comparaciones directas entre tratamiento quirúrgico y médico en estos pacientes y las pocas comparaciones indirectas, basadas en series retrospectivas y registros, se han realizado en poblaciones mayoritariamente jóvenes. Los resultados publicados son difíciles de extrapolar, por el sesgo de publicación de las mejores series y, sobre todo, por los pacientes seleccionados para tratamiento quirúrgico. Nosotros y otros autores no hemos encontrado un valor pronóstico independiente de la SVAo en ancianos con EAO severa sintomática<sup>6–10</sup>, pese a mortalidades operatorias que en algunas series son de tan solo el 2%<sup>8,9</sup>.

Se han utilizado numerosos sistemas de evaluación del riesgo en la cirugía cardíaca. El EuroSCORE logístico es impreciso a la hora de estimar el riesgo quirúrgico de la SVAo<sup>11</sup>, en particular en la edad avanzada<sup>12</sup>. Aún seleccionando los pacientes de menor riesgo quirúrgico, los ancianos tienen mayor mortalidad y más complicaciones perioperatorias. Algunos presentan un riesgo quirúrgico extremadamente alto o rechazan la posibilidad quirúrgica, un enfoque conservador puede ser una opción en estos casos, pero el tratamiento percutáneo de esta enfermedad ya es hoy una alternativa válida.

Los datos de Retegui et al<sup>13</sup>, derivados del estudio de 49 pacientes ingresados por EAO severa sintomática, vienen una vez más a demostrar la enorme prevalencia de comorbilidad en ancianos con esta patología y confirman que su sintomatología más frecuente deriva de la situación de insuficiencia cardíaca a la que les conduce la valvulopatía. Además, en casi un cuarto de los pacientes, la EAO se acompañaba de disfunción sistólica, que tuvo importantes implicaciones pronósticas. Aunque el escaso número de pacientes analizado impide sacar conclusiones definitivas sobre el valor pronóstico de las variables analizadas, la disfunción sistólica también fue un predictor independiente de la mortalidad en ancianos con EAO severa en el Euro Heart Survey<sup>10</sup> y en el registro PEGASO (Pronóstico de la Estenosis Grave Aórtica Sintomática del Octogenario). Curiosamente, pese a que la disfunción sistólica y la edad son los principales determinante de la mortalidad en los pacientes tratados de forma conservadora<sup>14</sup>, ambas variables se asocian a la opción por un tratamiento no quirúrgico<sup>10</sup>. En cualquier caso, incluso en el grupo de fracción de eyección conservada, la mortalidad al año en el estudio de Retegui et al estuvo en torno al 30%. Aunque los autores no especifican el tipo de muerte de cada paciente, parece bastante claro que el pronóstico de los ancianos con EAO severa sintomática es ominoso. La cuestión que a mi juicio está pendiente es: ¿mejora este pronóstico y, sobre todo, la calidad de vida de estos pacientes tras una intervención quirúrgica o percutánea? Espero que los datos que próximamente publicaremos con los 941 pacientes del registro PEGASO puedan contribuir a responder a esta pregunta<sup>15</sup>.

## Bibliografía

- McKeown F. Heart disease in old age. *J Clin Pathol*. 1963;16:532–7.
- Iivanainen AM, Lindroos M, Tilvis R, Heikkilä J, Kupari M. Natural history of aortic valve stenosis of varying severity in the elderly. *Am J Cardiol*. 1996;78:97–101.
- Fried LP, Kronmal RA, Newman AB, Bild DE, Mittelmark MB, Polak JF, et al. Risk factors for 5-year mortality in older adults: the Cardiovascular Health Study. *JAMA*. 1998;279:585–92.
- Martínez-Selles M, García Robles JA, Prieto L, Domínguez Munoa M, Frades E, Díaz-Castro O, et al. Systolic dysfunction is a predictor of long term

- mortality in men but not in women with heart failure. *Eur Heart J.* 2003;24:2046–53.
5. Vahanian A, Baumgartner H, Bax J, Butchart E, Dion R, Filippatos G, et al. Guidelines on the management of valvular heart disease: The Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 2007;28:230–68.
  6. Martínez-Selles M, Hortal J, Barrio JM, Ruiz M, Bueno H. Treatment and outcomes of severe cardiac disease with surgical indication in very old patients. *Int J Cardiol.* 2007;119:15–20.
  7. Martínez-Selles M, Barrio JM, Hortal J, Ruiz M, Bueno H. Prevalence of peripheral arterial disease and prior stroke in octogenarians with symptomatic severe aortic stenosis or severe coronary artery disease: influence in management and outcome. *Int Angiol.* 2007;26:33–7.
  8. Bouma BJ, van den Brink RB, van der Meulen JH, Verheul HA, Cheriex EC, Hamer HP, et al. To operate or not on elderly patients with aortic stenosis: the decision and its consequences. *Heart.* 1999;82:143–8.
  9. Bouma BJ, van den Brink RB, Zwinderman K, Cheriex EC, Hamer HH, Lie KI, et al. Which elderly patients with severe aortic stenosis benefit from surgical treatment? An aid to clinical decision making. *J Heart Valve Dis.* 2004;13:374–81.
  10. Iung B, Cachier A, Baron G, Messika-Zeitoun D, Delahaye F, Tornos P, et al. Decision-making in elderly patients with severe aortic stenosis: why are so many denied surgery? *Eur Heart J.* 2005;26:2714–20.
  11. Kalavrouziotis D, Li D, Buth KJ, Legare JF. The European System for Cardiac Operative Risk Evaluation (EuroSCORE) is not appropriate for withholding surgery in high-risk patients with aortic stenosis: a retrospective cohort study. *J Cardiothorac Surg.* 2009;4:32.
  12. Leontyev S, Walther T, Borger MA, Lehmann S, Funkat AK, Rastan A, et al. Aortic valve replacement in octogenarians: utility of risk stratification with EuroSCORE. *Ann Thorac Surg.* 2009;87:1440–5.
  13. Retegui García de Quesada G, Ogalla Vera S, Perez de la Yglesia R, Cobo Cabello M, Marín Morgado J, Ruiz Borrel M. Evolución de pacientes ancianos ingresados por estenosis aórtica severa y rechazados para intervención quirúrgica. *Rev Esp Geriatr y Gerontol.* doi:10.1016/j.regg.2010.06.006.
  14. Varadarajan P, Kapoor N, Bansal RC, Pai RG. Clinical profile and natural history of 453 nonsurgically managed patients with severe aortic stenosis. *Ann Thorac Surg.* 2006;82:2111–5.
  15. Martínez-Sellés M, Datino T, Díaz-Castro O, López-Palop R. Actualización en Cardiología Geriátrica. *Rev Esp Cardiol.* 2010;63(Suppl 1):17–28.