

# Reemplazo valvular aórtico en edad avanzada: necesidad de procedimientos multidisciplinarios complementarios

## *Aortic Valve Replacement in Elderly Patients: Need of Multidisciplinary Complementary Procedures*

JUAN C. CHACHQUES<sup>1</sup>

Hasta la década 1980-1990 la cirugía cardíaca se consideraba una opción excepcional en los pacientes octogenarios. Esa actitud conservadora para las personas de edad avanzada, consideradas de riesgo alto por la frecuencia de patologías extracardíacas asociadas, fue modificándose progresivamente gracias a los avances logrados en distintas especialidades médicas y paramédicas. De manera objetiva fueron evolucionando positivamente los procedimientos de diagnóstico cardiovascular, las técnicas de anestesia, de cirugía y de terapia intensiva, incluyendo los biomarcadores y nuevos fármacos. Paralelamente se perfeccionó el material de circulación extracorpórea y se crearon nuevos métodos de asistencia circulatoria, de protección miocárdica. Finalmente, el conocimiento de los resultados a largo plazo de las prótesis valvulares llevaron a un cambio en la actitud de la comunidad médica sobre la indicación de cirugía cardíaca en pacientes octogenarios. (1, 2)

La enfermedad valvular en los pacientes de edad avanzada está representada fundamentalmente por la estenosis valvular aórtica calcificada. Las valvulopatías mitrales, generalmente la insuficiencia mitral degenerativa, son más raras. El pronóstico de la evolución espontánea de la estenosis aórtica grave es mortal a breve término a partir de la aparición de síntomas tales como insuficiencia cardíaca, angor, síncope y edema agudo de pulmón. Frente a esta evolución espontánea se ha impuesto la indicación de cirugía.

La utilización de bioprótesis está recomendada después de los 70 años de edad, para disminuir la frecuencia de complicaciones tromboembólicas o hemorrágicas. La durabilidad teórica de las bioprótesis puede no superar la sobrevida de esos pacientes. El problema de una reintervención por deterioro tisular siempre es posible, pero de menor magnitud en pacientes de edad avanzada.

Como lo demuestra el trabajo presentado por Pipkin y colaboradores (3) del Hospital Universitario Fundación Favaloro, la evolución de técnicas operatorias y de cuidados posoperatorios permite actualmente proponer una intervención quirúrgica de reemplazo valvular aórtico a un sector importante de la población representada por los pacientes octogenarios que sufren una cardiopatía invalidante y de mal pronóstico a pesar

del tratamiento médico. El riesgo operatorio no es despreciable; por este motivo debe existir un gran rigor en la selección metódica de los candidatos a la cirugía, con ayuda del geriatra. Los pacientes que no presentan patologías asociadas susceptibles de aumentar considerablemente el riesgo operatorio y la recuperación posoperatoria pueden ser orientados hacia la cirugía. La edad en sí misma no puede considerarse una contraindicación para la cirugía; son los criterios clínicos y paraclínicos los que deben conducir a la decisión de tratar quirúrgicamente esa valvulopatía aórtica.

Ciertos factores son de buen pronóstico; por ejemplo, la presencia de una estenosis valvular franca y grave asociada con una función ventricular izquierda preservada, la ausencia de enfermedad de las arterias coronarias o las lesiones coronarias revascularizables en pacientes con buen estado general.

La prevención de las complicaciones es primordial, mediante la evaluación minuciosa de las funciones respiratoria y renal, el estado neuropsicológico, el estado nutricional y la voluntad de sobrevida y futuros proyectos del paciente. Las tasas de sobrevida a largo plazo observadas en distintas series y la mejoría funcional posoperatoria justifican que se recurra a la cirugía cuando es necesario.

El reemplazo electivo de la válvula aórtica estenótica calcificada generalmente se efectúa con bioprótesis, cuya durabilidad se ha perfeccionado gracias a los progresos en el diseño (4, 5) y en la fijación físico-química del material biológico (nuevos aldehídos y detergentes, combinados con tratamiento térmico). (6, 7) En su origen, esta intervención utilizaba homoinjertos o válvulas biológicas *stentless* artesanales (sin marco mecánico). (8) Esta tendencia renació en la década de los noventa (válvulas *stentless* Freestyle, Toronto, Prima, Shelhigh) que no logró demostrar beneficios con respecto a las bioprótesis con *stents*, ya que su implante quirúrgico laborioso necesita prolongar el tiempo de interrupción del flujo aórtico (clampeo aórtico) y prolongar la circulación extracorpórea. (9, 10)

También se han investigado bioprótesis construidas con válvulas de animales descelularizadas por procedimientos químicos, que luego son recelularizadas con células del paciente receptor. En este proceso se utilizan

