



ESTENOSIS AORTICA SEVERA ASINTOMATICA ¿ACTUAR O ESPERAR?

Autores: Abeldaño José A.; Ochoteco Norberto E.; Blanco Juan M.

Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular – ICCCV/FUCAM. Santiago del Estero 2369.

Dirección personal: Pedro Méndez 2076. CP 3300. Mail: joseandres99231@gmail.com

Nº total de palabras: 1.685

Fecha de envío: 7/08/2025

Sin conflictos de intereses.

INTRODUCCIÓN

La estenosis aórtica (EA) severa asintomática se define por criterios ecocardiográficos de severidad valvular en ausencia de síntomas típicos (disnea de esfuerzo, angina o síncope). Ecocardiograficamente, la estenosis severa se caracteriza por un área valvular aórtica $< 1.0 \text{ cm}^2$, un gradiente medio $> 40 \text{ mmHg}$ o una velocidad sistólica máxima $> 4.0 \text{ m/s}$ a través de la válvula.

En la actualidad, este grupo de pacientes representa un gran desafío, ya que persiste la controversia en torno a su manejo y tratamiento. Esto se debe a la discrepancia entre las guías de práctica clínica, impulsada por la evidencia conflictiva respecto a la intervención temprana frente al tratamiento médico.

Por un lado, la historia natural de esta enfermedad se torna desfavorable una vez que aparecen los síntomas, con una mortalidad elevada a corto plazo si no se trata. Sin embargo, en la fase verdaderamente asintomática, el riesgo inmediato es menor y puede existir una fase latente prolongada, en la que los eventos clínicos, incluida la muerte súbita, son poco frecuentes.

En este contexto, se considera que el riesgo de mortalidad asociado a la intervención durante este período supera al de la vigilancia activa. Por ello, una estrategia de manejo expectante pero vigilante, con intervención únicamente cuando aparecen síntomas o disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, ha sido tradicionalmente aceptada.

Como se sabe, si bien el riesgo de muerte en los pacientes asintomáticos es bajo, la enfermedad progresa de forma inexorable. Por ello, otra estrategia propuesta es la intervención temprana, incluso en ausencia de síntomas, con el objetivo de evitar secuelas miocárdicas irreversibles, como la fibrosis.

Esto se basa en la evidencia de que el deterioro ventricular puede comenzar mucho antes de la aparición de síntomas, generando un daño irreversible. En este grupo de pacientes, el riesgo de muerte súbita se estima en aproximadamente 0,4% anual.

Para prevenirlo, se han propuesto parámetros obtenidos en estudios complementarios que apoyen la decisión de intervenir precozmente. Sin embargo, esta estrategia continúa siendo motivo de debate, y en esta actividad se expondrán ambas posturas: a favor y en contra.

DESARROLLO

Postura A (a favor):

El trial RECOVERY (2020) incluyó 145 pacientes y proporcionó el primer apoyo directo para la cirugía temprana en un subconjunto altamente selectivo de pacientes asintomáticos. A 4 años, la mortalidad cardiovascular operatoria fue significativamente menor con cirugía temprana (1% vs. 6%); a 8 años, las curvas divergieron aún más: mortalidad cardiovascular del 1% con cirugía temprana vs. 26% con tratamiento conservador ($p = 0,003$). En otras palabras, intervenir precozmente prolongó la supervivencia y previno completamente la descompensación cardíaca en este grupo de pacientes muy seleccionados (promedio 64 años de edad, 60% con válvula bicúspide). El problema fue que entre el 20% y el 30% de los pacientes asintomáticos se volvían sintomáticos en respuesta al ejercicio.

Otro ensayo a favor de la intervención temprana es el AVATAR (2022), multicéntrico y multinacional, que incluyó 175 pacientes con EA severa asintomática, función sistólica normal y prueba de esfuerzo negativa, esta metodología se asoció con una baja tasa de fallos en la detección, lo que refleja su aplicabilidad a la práctica real. Concluyeron que la intervención temprana reduce el punto primario combinado de muerte por todas las causas, IAM, ACV y hospitalizaciones por IC. La principal crítica a estos dos estudios es su limitada muestra y criterios de selección estrictos; por ejemplo, en RECOVERY se incluyeron pacientes con válvulas bicúspides, lo que quizá no representa al típico paciente anciano con EA degenerativa.

Un ensayo más reciente es el EARLY-TAVR (ACC, febrero 2025), donde el reemplazo valvular percutáneo temprano mostró beneficio en la reducción de muerte, ACV y hospitalizaciones (26,8% vs. 45,3%; HR 0,50). Este ensayo también exigía el uso de prueba de esfuerzo en la mayoría de los pacientes, cuyo resultado debía ser normal antes de la aleatorización. La principal limitación, si bien fue un estudio de mayor tamaño, es que no fue ciego, por lo que los investigadores conocían el tratamiento asignado a cada paciente.

Un metaanálisis (2022) que incluyó 5 investigaciones (3 estudios observacionales y 2 ensayos controlados aleatorizados) con una mediana de seguimiento de 4,1 años informó una razón de riesgo de mortalidad por todas las causas (IC 95%: 0,17-0,53; $p < 0,0001$), mortalidad cardiovascular (IC 95%: 0,17-0,72; $p < 0,005$) y muerte súbita cardíaca (IC 95%: 0,15-0,89; $p < 0,03$) significativamente menores en el grupo de cirugía temprana comparado con atención conservadora. No se observaron diferencias significativas en hemorragia mayor, eventos tromboembólicos, hospitalización por insuficiencia cardíaca, ACV o IAM entre ambos grupos.

En conjunto, la evidencia reciente respalda cada vez más la intervención precoz en pacientes asintomáticos cuidadosamente seleccionados y de bajo riesgo quirúrgico, anticipándose a la fase sintomática. Los beneficios potenciales incluyen prevenir la muerte súbita y evitar que la sobrecarga prolongada cause daño miocárdico irreversible (fibrosis, disfunción), que podría limitar la recuperación incluso tras la cirugía. Por ello, existe amplio interés en parámetros como la respuesta hemodinámica y ecocardiográfica al ejercicio, la gravedad de la EA según la velocidad del flujo, la tasa de progresión, el aumento de BNP, la deformación longitudinal global (GLS) y la resonancia magnética cardíaca (RMC) en este grupo de pacientes. Se propone, en este sentido, un algoritmo (Figura 1).

En cuanto a las guías de práctica clínica, la ESC/EACTS 2021 recomienda la intervención en pacientes asintomáticos sólo si presentan alto riesgo y LVEF <55% no atribuible a otra causa, velocidad del jet severa, BNP elevado sin otra explicación o síntomas durante la prueba de esfuerzo. La guía ACC/AHA 2020 es similar, pero con diferentes puntos de corte (LVEF <50%, otra indicación para cirugía, bajo riesgo quirúrgico o síntomas inducidos con el ejercicio).

Postura B (en contra):

El tratamiento médico conservador ha sido, durante décadas, la estrategia inicial, dado que el riesgo de la intervención era mayor que el riesgo de muerte súbita (MS) en pacientes asintomáticos. Existen numerosos registros prospectivos y retrospectivos de alta calidad en este grupo de pacientes que demostraron un bajo riesgo de eventos adversos cuando la selección se realiza de forma adecuada. Estos estudios concluyeron que la vigilancia activa o “*watchful waiting*” es factible, confirmando que muchos pacientes pueden permanecer asintomáticos durante años con un seguimiento cuidadoso.

En el ensayo EVOLVED (JAMA, octubre 2024), que comparó la intervención temprana en pacientes con fibrosis miocárdica frente al manejo conservador siguiendo las guías, el punto final combinado de muerte y hospitalizaciones no mostró diferencias estadísticamente significativas. Tradicionalmente, se ha favorecido la estrategia de espera vigilante debido a que el riesgo de muerte súbita en estos pacientes es bajo, lo que parecía respaldar retrasar la cirugía hasta la aparición de síntomas.

Se espera que los ensayos aleatorizados sobre estrategias de manejo, así como las investigaciones en curso y futuras en pacientes de alto riesgo, tengan una influencia significativa en la toma de decisiones para el tratamiento de la EA severa asintomática.

DISCUSIÓN

La estenosis aórtica severa representa una carga sanitaria significativa, con una prevalencia creciente relacionada al envejecimiento poblacional. Ante la ausencia de tratamientos farmacológicos efectivos para su prevención, el reemplazo valvular aórtico se mantiene como la opción terapéutica definitiva. Si bien la indicación de intervención en pacientes con EA severa sintomática está claramente establecida, el manejo de los pacientes asintomáticos continúa siendo un tema controvertido, dado que la evidencia disponible sigue en evolución.

Al enfrentar a estos pacientes, surgen interrogantes fundamentales: ¿Cuánto tiempo es prudente esperar para intervenir? ¿Debe intervenir a todos los pacientes asintomáticos o solo a un subgrupo seleccionado? ¿Qué criterios clínicos o diagnósticos deben sustentar la decisión terapéutica invasiva?

Aunque los estudios más recientes tienden a favorecer intervenciones más precoces, no todos los pacientes asintomáticos tienen igual riesgo. Existe un debate activo respecto a qué subgrupos realmente se benefician con una intervención temprana, por lo que la individualización del manejo sigue siendo esencial. Este desafío se intensifica en contextos donde el seguimiento cercano y frecuente no es posible, aumentando el riesgo de detectar tardíamente síntomas o deterioro de la función ventricular.

La tasa de muerte súbita en pacientes con EA severa asintomática es baja, pero aún así superior a la observada en la población general. Ensayos clínicos recientes como RECOVERY, AVATAR y EARLY-TAVR sugieren que la intervención temprana podría reducir la mortalidad, las hospitalizaciones y las complicaciones a largo plazo en pacientes seleccionados con bajo riesgo quirúrgico.

No obstante, persisten controversias. Estudios como EVOLVED apoyan un enfoque conservador basado en vigilancia activa, resaltando que muchos pacientes pueden permanecer asintomáticos durante años y que la cirugía conlleva riesgos inherentes. En este contexto, los marcadores subclínicos, tales como la fibrosis miocárdica detectada por resonancia magnética, alteraciones en biomarcadores séricos, incremento en la velocidad del flujo aórtico y deterioro temprano de la función ventricular, cobran una relevancia clave.

Las guías actuales recomiendan considerar la intervención temprana únicamente cuando existen indicios de alto riesgo basados en estos marcadores, con el fin de optimizar el balance entre los beneficios y los riesgos de la intervención.

CONCLUSIÓN

La incidencia de la estenosis aórtica severa aumenta con la edad, y aunque el reemplazo valvular suele ser efectivo, el riesgo quirúrgico también crece en pacientes mayores con múltiples comorbilidades. Por ello, intervenir a pacientes jóvenes y con menos comorbilidades es más sencillo y seguro.

En pacientes asintomáticos, el manejo debe balancear el riesgo de la intervención con la progresión natural de la enfermedad. Estudios recientes sugieren que la intervención temprana puede mejorar el pronóstico, pero se necesitan más investigaciones en pacientes añosos y con comorbilidades para validar estos hallazgos y evaluar la costo-efectividad a largo plazo.

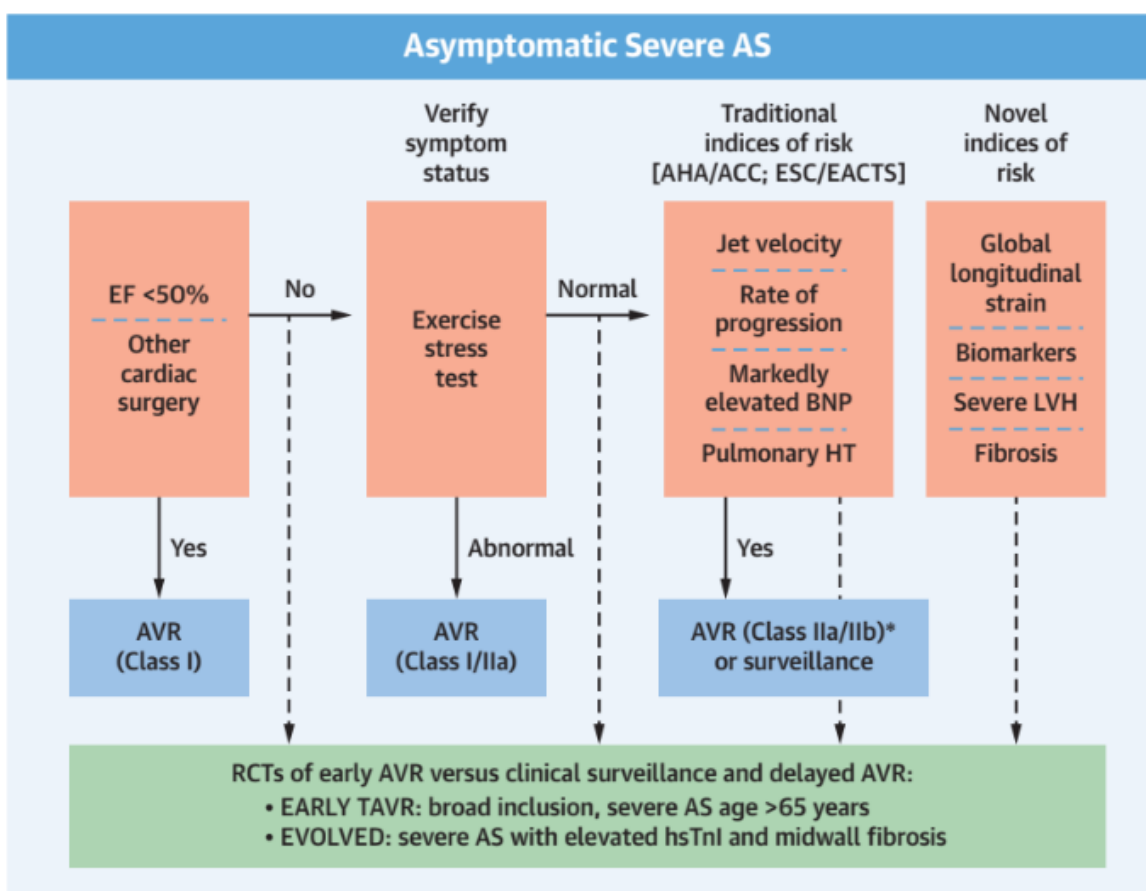
Para una adecuada toma de decisiones, se debe realizar una evaluación minuciosa que considere las características individuales del paciente, la experiencia y capacidad del equipo tratante, y la factibilidad de un seguimiento cercano y frecuente. La integración de herramientas diagnósticas avanzadas, incluyendo ecocardiografía con imágenes de deformación, resonancia magnética cardíaca y biomarcadores, facilitará la identificación temprana de pacientes que puedan beneficiarse de una intervención antes de la aparición de daños irreversibles en el miocardio.

En resumen, la indicación de intervención en pacientes asintomáticos con EA severa debe ser cuidadosa y personalizada, equilibrando riesgos y beneficios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lindman BR, Dweck MR, Lancellotti P, et al. Management of asymptomatic severe aortic stenosis: evolving concepts in timing of valve replacement. *J Am Coll Cardiol Img.* 2020;13(2):481–93. doi:10.1016/j.jcmg.2019.01.036.
2. Vahanian A, Beyersdorf F, Praz F, et al. 2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur Heart J.* 2022;43(7):561–632. doi:10.1093/eurheartj/ehab395.
3. Otto CM, Nishimura RA, Bonow RO, et al. 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: Executive Summary. *J Am Coll Cardiol.* 2021;77(4):450–500. doi:10.1016/j.jacc.2020.11.035.
4. Ottawa A, Asch FM, Yamat M, et al. Transcatheter Aortic Valve Replacement in Asymptomatic Severe Aortic Stenosis: The Early TAVR Trial. *J Am Coll Cardiol.* 2021;77(25):3117–28. doi:10.1016/j.jacc.2021.04.068.
5. Obradovic S, Iung B, Lancellotti P, et al. Early surgery versus conservative treatment in asymptomatic aortic stenosis: the AVATAR trial. *Circulation.* 2022;145(8):648–58. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.121.057639.
6. Kleijn SA, Aly MF, Terwee CB, et al. Prognostic value of global longitudinal strain in asymptomatic aortic stenosis: a systematic review and meta-analysis. *J Am Soc Echocardiogr.* 2019;32(9):1126–35.e7. doi:10.1016/j.echo.2019.04.012.
7. Abadía J Grbac, Melissa GY Lee, et al. Tratamiento de la estenosis aórtica grave asintomática: una revisión crítica de las guías y los resultados clínicos, *American Heart Journal*, 288, (28-40), (2025). <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2025.04.012>

FIGURAS



Lindman, B.R. et al. J Am Coll Cardiol Img. 2020;13(2):481-93.

Figura 1: Evaluación y tratamiento en pacientes con EA severa asintomática.