



Introducción

La TAVI transformó el tratamiento de la estenosis aórtica severa. Su expansión hacia pacientes de menor edad obliga a equilibrar el beneficio inmediato de un procedimiento menos invasivo con interrogantes sobre durabilidad, anatomía y necesidad de futuras intervenciones.

Objetivo y metodología

Objetivo: revisar la evidencia sobre TAVI en pacientes jóvenes o en la "zona gris" de las guías.

Revisión narrativa estructurada.

Período: 2015–2026; priorizando ensayos aleatorizados, metaanálisis y guías ESC/EACTS 2025 y ACC/AHA 2020.

Mensajes clave

- <65 años y larga expectativa de vida: SAVR suele seguir siendo preferible.
- 65–75 años: decisión individualizada por Heart Team.
- El primer procedimiento debe pensarse como parte de una estrategia de por vida.

SAVR inicial > TAVI posterior

TAVI inicial > TAVI-in-TAVI

TAVI inicial > explante quirúrgico

Evidencia clínica clave

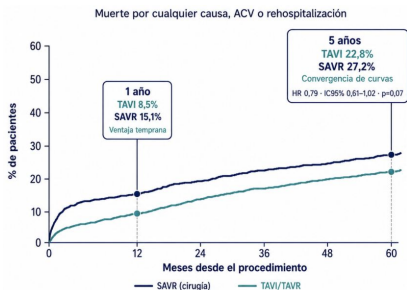
Estudio	Población	Qué demostró	Dato significativo
PARTNER 3	Bajo riesgo, STS 1,9%	Superioridad inicial de TAVI frente a SAVR en el endpoint compuesto al año. Menos ACV y FA	8,5% vs 15,1% (muerte / ACV / rehospitalización) ACV a 30 días 0,6% vs 2,4% FA nueva 5,0% vs 39,5%.
Evolut Low Risk	Bajo riesgo	No inferioridad de TAVI autoexpandible frente a SAVR para muerte o ACV incapacitante a 2 años.	5,3% vs 6,7% Gradiente medio 8,6 vs 11,2 mmHg MCP 17,4% vs 6,1% PVL moderada/grave 3,5% vs 0,5%.
NOTION	Seguimiento a 10 años	Resultados clínicos comparables entre TAVI y SAVR a largo plazo	Sin diferencias a 10 años: muerte/ACV/IAM 65,5% vs 65,5%; p=0,90.

Ventajas del TAVI en jóvenes

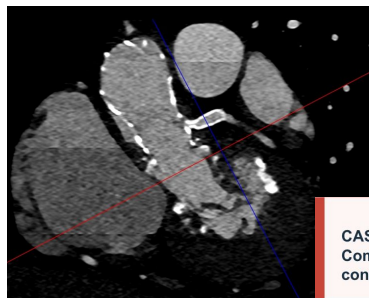
Menor invasividad.
Recuperación más rápida.
Menor fibrilación auricular y menor sangrado.
Mejor rendimiento hemodinámico.
Útil en anatomía favorable y comorbilidades relevantes

Limitaciones

Durabilidad a muy largo plazo aún incierta.
Mayor riesgo de marcapasos, especialmente con válvulas autoexpandibles.
Fuga paravalvular con impacto pronóstico si es moderada o severa.
Desafíos de acceso coronario y de TAVI-in-TAVI.
Evidencia limitada en verdaderos pacientes jóvenes



La elección inicial debe anticipar acceso coronario, reintervenciones y factibilidad futura



CASO INSTITUCIONAL

Compromiso mecánico del ostium del tronco coronario izquierdo en contexto de valve-in-valve.

¿Cuándo pensar en cirugía?

Pacientes <65 años con larga expectativa de vida.
Válvula bicúspide con aortopatía significativa.
Necesidad de cirugía coronaria, de raíz o de aorta ascendente.
Calcio abundante en TSVI o anatomía no favorable
Altura coronaria baja o alto riesgo de oclusión coronaria.
Endocarditis activa

Anatomía bicúspide y exclusiones

Calcificación asimétrica, rafe calcificado y geometría elíptica.
Mayor riesgo de expansión incompleta, PVL y ruptura anular.
Muchos ensayos de bajo riesgo excluyeron esta anatomía.
La selección anatómica debe ser especialmente estricta

Conclusión

En pacientes jóvenes, TAVI no debe evaluarse solo como una solución técnica inmediata, sino como el primer paso de una estrategia de por vida. La elección entre TAVI y cirugía debe individualizarse según expectativa de vida, anatomía, acceso coronario futuro y factibilidad de reintervención. El Heart Team continúa siendo el eje de la decisión.