Rev Esp Cardiol. 2021;74(Supl 1): 41

Revista Española de Cardiología

6002-4. COMPLICACIONES TROMBOEMBÓLICAS Y HEMORRÁGICAS EN EL SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO TRAS REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO POR ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE

Daniel Cantero Lozano[1], Elena Murciano Marqués[2], Humberto Coimbra Durán[2], Marta Marín Gracia[1], Juan Manuel Salvador Casabón[3], Adrián Riaño Ondiviela[2], Paula Morlanes Gracia[2], Jorge Melero Polo[2], Daniel Meseguer González[2], Davinia Chofre Moreno[2], Arturo Andrés Sánchez[4], Paola Casanova Esteban[5], Francisco Mancebón Sierra[6], Carlos Ballester Cuenca[6] y José Ramón Ruiz Arroyo[2]

[1]Hospital Santa Bárbara, Soria. [2]Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. [3]Hospital de Barbastro, Huesca. [4]Hospital Ernest Luch, Calatayud, Zaragoza. [5]Hospital de Alcañiz, Teruel. [6]Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción y objetivos: La decisión entre prótesis biológica (BAVR) o mecánica (MAVR) en el reemplazo valvular quirúrgico por estenosis aórtica (EAo) grave depende de las características del paciente, de la prótesis y de la necesidad de anticoagulación. Hasta el momento no se han comparado los eventos tromboembólicos en el seguimiento en función del tipo de prótesis en pacientes anticoagulados. Nuestro objetivo es determinar diferencias en supervivencia y complicaciones entre ambas prótesis y específicamente en anticoagulados.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo multicéntrico de intervenidos por EAo grave aislada entre 2006-2015. Entre los 410 incluidos, se realizó un subanálisis por puntación de propensión en anticoagulados y se compararon los eventos mediante análisis de supervivencia.

Resultados: Se incluyeron 314 (76,6%) bioprótesis (BAVR) y 96 mecánicas (MAVR). A pesar de mayor edad en el grupo de BAVR (74,8 ± 6,3 vs 63,1 ± 11; p 0,001), y menor supervivencia (10,2 vs 11,2 años; *log-rank*: 0,024), MAVR mostró un mayor número de eventos isquémicos (31,6 vs 22,1%; p = 0,06) próximo a la significación, sin diferencias en hemorragias. Hubo una mayor proporción no significativa de endocarditis (5,6 vs 1,2%; p = 0,087) y degeneración valvular (7 vs 2,2%, p = 0,09) en BAVR. Tras el subanálisis por puntuación de propensión en anticoagulados, se incluyeron 66 BAVR y 36 MAVR con edades semejantes. La supervivencia fue similar en ambos grupos (10,9 ± 1,2 años en BAVR vs 9,8 ± 1,8; *log-rank:* 0,98). No existieron diferencias en el combinado isquémico (31,8% BAVR y 37,8% MAVR; p = 0,536), ni en ninguna de sus variables por separado, pero sí una mayor aparición no significativa de endocarditis en BAVR (p = 0,21). La tasa de hemorragias fue similar (26,2% BAVR vs 21,2% MAVR; p = 0,591). El análisis de supervivencia libre de eventos isquémicos (*log-rank:* 0,541, HR = 1,03) y hemorrágicos (*log-rank:* 0,575, HR =1,32) mostró que el uso de prótesis mecánicas no se asoció a mayor riesgo de eventos.

Eventos en el seguimiento en función del tipo de prótesis valvular tras análisis por puntuación de propensión en paci
con indicación de anticoagulación

Variable	BAVR (n = 66)	MAVR (n = 38)	p
Muerte precoz 30 días (%)	2 (3%)	3 (8,1%)	0,250
IAM, ángor inestable, revascularización	5 (7,6%)	4 (11,7%)	0,503
Ictus isquémico embólico	13 (19,7%)	7 (21,2%)	0,860
Otros embolismos arteriales	3 (4,5%)	3 (9%)	0,372
MACCE 1 isquémico	21 (31,8%)	14 (37,8%)	0,536
Ingreso por IC descompensada	23 (35,4%)	22 (36,4%)	0,924
Implante de marcapasos definitivo	13 (20%)	6 (18,2%)	0,83
Endocarditis aguda	3 (4,6%)	0 (0%)	0,21*
Mortalidad al final del seguimiento	33 (50%)	18 (46,2%)	0,895
Ictus hemorrágico	4 (6,1%)	1 (3,3%)	0,507
Hemorragia digestiva	8 (12,3%)	3 (9,1%)	0,634
Otras hemorragias mayores o relevantes	7 (10,8%)	4 (12,1%)	0,841
Endpoint combinado hemorrágico	17 (26,2%)	7 (21,2%)	0,591
Endpoint combinado isquémico y hemorrágico	33 (50%)	19 (51,4%)	0,895

IC: insuficiencia cardiaca; MACCE 1: *endpoint* combinado isquémico.

Análisis de supervivencia libre de evento combinado isquémico y hemorrágico en pacientes anticoagulados tras análisis por puntuación de propensión.

Conclusiones: En la muestra global existió una significativa mayor supervivencia y aparición de eventos isquémicos en el límite de la significación en el grupo MAVR. En el subgrupo anticoagulado no hubo diferencias en supervivencia ni en eventos isquémicos o hemorrágicos en función del tipo protésico. Esto puede cuestionar la utilización de MAVR en anticoagulados por otro motivo, al no asociarse a mejores resultados a largo plazo.