



4001-5. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO VERSUS PERCUTÁNEO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA Y ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE CONCOMITANTES: REGISTRO NACIONAL

Ignacio J. Amat Santos¹, Mario García-Gómez², Pablo Avanzas Fernández³, Víctor Jiménez-Díaz⁴, Juan H. Alonso Brialet⁵, José M. de la Torre Hernández⁶, Jorge Sanz Sánchez⁷, José A. Diarte de Miguel⁸, Ángel Sánchez Recalde⁹, Luis Nombela Franco¹⁰, Francisco Javier Jiménez Mazuecos¹¹, Vicente Serra García¹², Juan Manuel Nogales Asensio¹³, Itziar Gómez² y José Alberto San Román Calvar²

¹Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España, ²Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España, ³Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias), España, ⁴Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), España, ⁵Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España, ⁶Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), España, ⁷Hospital Universitario La Fe, Valencia, España, ⁸Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España, ⁹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España, ¹⁰Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ¹¹Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España, ¹²Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España y ¹³Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La estenosis aórtica grave (EAG) a menudo coexiste con la enfermedad coronaria (EC) en aproximadamente el 50% de los pacientes. El tratamiento preferido es la sustitución quirúrgica de la válvula aórtica (RVA) y el injerto de puentes arteriales o venosos en las coronarias (*bypass* coronario) combinados. Sin embargo, la implantación transcáteter de válvula aórtica (TAVI, por sus siglas en inglés) junto con la intervención coronaria percutánea (ICP) ha surgido como una alternativa viable. El objetivo de este estudio nacional multicéntrico fue comparar los resultados clínicos al año de seguimiento en pacientes con EAG y EC concomitantes sometidos a cirugía o tratamiento percutáneo.

Métodos: Este estudio retrospectivo multicéntrico nacional en España involucró a pacientes con EAG y EC tratados entre 2018 y 2021. Los pacientes se sometieron a ICP+TAVI o RVA + *bypass* y fueron comparados. El objetivo primario fue la mortalidad por cualquier causa y el accidente cerebrovascular a 30 días y a un año. Se realizó mediante el método IPTW para mitigar las diferencias basales.

Resultados: De los 1342 pacientes incluidos, 625 (46,6%) se sometieron a ICP + TAVI y 713 (53,1%) a *bypass* + RVA. Los pacientes en el brazo percutáneo eran mayores ($81,6 \pm 5,8$ vs $72,1 \pm 7$ años, $p = 0,001$), tenían una mayor prevalencia de enfermedad renal crónica (40,6 vs 14,9%, $p = 0,001$) y un puntaje de riesgo STS más alto (4,3% [2,8-6,4] vs 2,2% [1,4-3,3], $p = 0,001$). Las tasas de éxito técnico fueron del 96% para ICP + TAVI y del 98,4% para *bypass* + RVA ($p = 0,008$), con una mortalidad perioperatoria similar (0,8 vs 0,7%, $p = 0,999$). Sin embargo, la tasa de mortalidad + accidente cerebrovascular a los 30 días fue más alta en el grupo de *bypass* + RVA en comparación con ICP + TAVI, tanto antes del ajuste (12,2 vs 4,7%, $p = 0,005$) como después del ajuste mediante método IPTW (8,8 vs 4,5%, $p = 0,002$), persistiendo en el seguimiento de un año.

Conclusiones: A pesar de un riesgo basal más bajo, la cirugía de *bypass* + RVA en pacientes con EAG grave y EC se asoció con una tasa más alta de muerte y accidente cerebrovascular en comparación con ICP +

TAVI. Dado que la recomendación actual en guías de práctica clínica en este contexto de cirugía, nuestros resultados sugieren la apremiante necesidad de un gran estudio aleatorizado en este contexto.