



5006-8. IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE Y CÁNCER ACTIVO. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE UNICÉNTRICA

Clara Fernández Cordón¹, Jorge García Carreño¹, Eduardo Zatarain Nicolás¹, Jaime Elízaga Corrales¹, María Tamargo Delpón¹, Felipe Díez del Hoyo¹, Ricardo Sanz Ruíz¹, Enrique Gutiérrez Ibañez¹, María Eugenia Vázquez¹, Javier Soriano Triguero¹, Javier Bermejo Thomas¹, Francisco Fernández-Avilés¹, Mariana Bastos Oreiro², Ana Calín Lorca³ y Sara Pérez Ramírez⁴

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Servicio de ²Hematología, ³Oncología Radioterápica y ⁴Oncología Médica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La coexistencia de estenosis aórtica grave y cáncer es cada vez más frecuente y muchos pacientes precisan el implante de válvula aórtica transcatheter (TAVI) para recibir tratamiento antitumoral. Algunos estudios han descrito un impacto negativo del cáncer activo en la supervivencia post-TAVI.

Métodos: Análisis retrospectivo de todos los pacientes con implante electivo de TAVI transfemoral entre marzo de 2018 y enero de 2022 en un centro terciario. Se seleccionó a los pacientes con cáncer activo (casos) y se compararon las características basales, los resultados periprocedimiento y la mortalidad en el seguimiento frente al grupo sin cáncer activo (controles).

Resultados: 354 pacientes (edad $80,0 \pm 8,1$ años, 49,7% mujeres) recibieron implante de TAVI en dicho periodo, 29 (8,2%) de los cuales presentaban cáncer activo. Los tumores más frecuentes entre los casos fueron colorrectal (30%), próstata (11%), hematológico (7%) y mama (6%). Los casos eran predominantemente varones, tenían mejor función renal y tendían a ser más jóvenes, sin diferencias en factores de riesgo cardiovascular, comorbilidad y riesgo quirúrgico según la escala EUROSCORE II con respecto al grupo control. No hubo diferencias en las complicaciones periprocedimiento, los días de ingreso ni la mortalidad intrahospitalaria. La mortalidad global fue significativamente más alta entre los casos que entre los controles (mediana de seguimiento de 17,5 meses [7,7-29,5]), tanto en el análisis univariable (31,0 vs 11,1%, $p = 0,006$) como en el análisis de supervivencia (fig., *log rank test*: $p = 0,024$) y la regresión de Cox ajustada por potenciales variables confusoras (HR 2,92, IC 1,3-6,4, $p = 0,008$). Entre los pacientes con cáncer activo, las causas más frecuentes de mortalidad fueron la progresión tumoral (30%) y las infecciones (30%) con solo dos fallecidos por causa cardiovascular (10%).

Cáncer activo (n1 29) Control (n2 325) p

Características basales

Edad, media $\pm$ DE	77,4 $\pm$ 2,1	80,2 $\pm$ 0,4	0,070
Sexo mujer, n (%)	8 (38,1)	168 (51,7)	0,011
FEVI, media $\pm$ DE	54,8 $\pm$ 2,3	57,8 $\pm$ 0,5	0,116
Gradiente medio aórtico, media $\pm$ DE	44,7 $\pm$ 1,4	46,7 $\pm$ 0,9	0,255
Filtrado glomerular basal, media $\pm$ DE	73,0 $\pm$ 8,2	59,9 $\pm$ 1,4	0,013
Procedimiento			
Válvula autoexpandible, n (%)	24 (82,8)	277 (85,2)	0,785
Obstrucción coronaria, n (%)	0 (0)	1 (0,3)	1,000
Sangrado mayor, n (%)	2 (6,9)	10 (3,1)	0,258
Complicación vascular grave, n (%)	0 (0)	2 (0,6)	1,000
Implante de marcapasos definitivo*, n (%)	4 (16,0)	60 (20,7)	0,566
Ictus grave, n (%)	0 (0)	2 (0,6)	1,000
Insuficiencia renal aguda, n (%)	3 (10,3)	16 (4,9)	0,199
Días ingreso, media $\pm$ DE	4,1 $\pm$ 0,5	4,9 $\pm$ 0,2	0,188
Fallecimiento intrahospitalario, n (%)	0 (0)	1 (0,3)	1,000
Seguimiento			
Mortalidad total, n (%)	9 (31,0)	36 (11,1)	0,006
Tiempo seguimiento (meses), media $\pm$ DE	22,8 $\pm$ 2,8	19,2 $\pm$ 0,7	0,166

DE: desviación estándar; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo. *n1 25, n2 290.



Conclusiones: El implante de TAVI es seguro en pacientes con cáncer y permite recibir tratamiento antitumoral a estos pacientes. Es importante la presencia de cáncer activo en la evaluación de futilidad, pero debe profundizarse en los factores pronósticos específicos de este subgrupo de pacientes para identificar criterios específicos para su correcta selección. Es fundamental implicar a los oncólogos y hematólogos en la decisión, pues el pronóstico tumoral puede ser determinante.