



4007-5. EL DOBLE TRATAMIENTO ANTIPLAQUETARIO CON TICAGRELOR FRENTE A PRASUGREL O CLOPIDOGREL SE ASOCIA A UN MENOR RIESGO DE CÁNCER TRAS EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Isabel Muñoz Pousa, Sergio Raposeiras Roubín, Emad Abu-Assi, María Cespón Fernández, Berenice Caneiro Queija, Rafael J. Cobas Paz, Saleta Fernández Barbeira, Elena López Rodríguez, Francisco Calvo Iglesias y Andrés Íñiguez Romo, del Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra).

Resumen

Introducción y objetivos: Existen contradicciones sobre la asociación entre doble antiagregación plaquetaria (TAPD) y riesgo de cáncer. Con este estudio realizado con pacientes de la práctica clínica real, se pretende realizar un análisis comparativo del riesgo de cáncer después de un SCA según el tipo de TAPD (AAS y clopidogrel, AAS y prasugrel o AAS y ticagrelor).

Métodos: Los datos analizados se obtuvieron de un registro clínico retrospectivo que incluyó a todos los pacientes dados de alta consecutivamente del Servicio de Cardiología de un hospital terciario desde el 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2016 con el diagnóstico principal de SCA ($n = 6.068$). Se excluyeron aquellos que no recibieron TAPD o con antecedentes de cáncer. La cohorte final se compuso de 4.229 pacientes. Se aplicó un análisis de regresión paramétrica y de riesgos competitivos (Fine Gray), junto con un ajuste de *Propensity Score* (PS) (regresión de probabilidad inversa (IPW) en función del tiempo de supervivencia), con el fin de evaluar la asociación entre el tipo de TAPD y cáncer.

Resultados: Se identificaron un total de 311 cánceres (incidencia acumulada por 100 personas-año = $2,1$ [IC95%: $1,8$ a $2,3$]). El clopidogrel se prescribió en 3.530 pacientes (83,2%) durante un promedio de $14,1 \pm 13,4$ meses, el prasugrel en 252 pacientes (6,0%) durante $12,9 \pm 8,8$ meses y el ticagrelor en 459 pacientes (10,8%) durante $11,6 \pm 4,8$ meses. Después de ajustar por las variables asociadas con cáncer en un análisis univariado, hemos encontrado que el ticagrelor se asoció a un menor riesgo de cáncer en el seguimiento que el clopidogrel (sHR 0,20, IC95%: 0,05-0,84; $p = 0,028$), sin diferencias entre prasugrel y clopidogrel (tabla). Después de ajustar por IPW, el ticagrelor se siguió asociando a un menor riesgo de cáncer (sHR 0,22, IC95%: 0,05-0,87; $p = 0,031$), similar al encontrado tras realizar un análisis tras PS *matching* (sHR 0,22, IC95%: 0,05-0,90; $p = 0,036$). A su vez, la TAPD con ticagrelor se asoció con una reducción absoluta del riesgo estimado de cáncer del 7,4% en comparación con clopidogrel o prasugrel (ATE -0,074, IC95%: -0,085-0,063; $p = 0,001$).



Resultado del análisis multivariado de riesgos competitivos para el cáncer *de novo* durante el seguimiento tras un SCA

Variable	sHR	IC95%	p
Edad (por década)	1,55	1,39-1,73	0,001
Sexo femenino	0,55	0,41-0,77	0,001
Tabaquismo activo	1,45	1,11-1,89	0,007
Hipertensión	0,91	0,70-1,19	0,495
Dislipemia	1,29	1,01-1,68	0,047
Enfermedad arterial periférica	1,67	1,22-2,29	0,001
Infección por VIH	2,11	0,61-7,26	0,235
Anemia	1,17	0,87-1,59	0,296
MDRD-4 60 ml/min/1,73 m ²	1,08	0,83-1,42	0,546
Enfermedad coronaria multivaso	1,12	0,89-1,42	0,329
Revascularización completa	1,07	0,79-1,47	0,651
Bloqueadores beta	0,85	0,66-1,11	0,247
Inhibidor P2Y12 (clopidogrel como referencia)			
Prasugrel	0,89	0,51-1,56	0,696
Ticagrelor	0,20	0,05-0,84	0,028

Duración DAPT	0,99	0,99-1,01	0,172
---------------	------	-----------	-------

Conclusiones: En pacientes tratados con TAPD después del SCA, aquellos que recibieron ticagrelor en lugar de clopidogrel o prasugrel tuvieron una menor incidencia de cáncer *de novo*, independiente de la duración de la TAPD. Se necesitan más estudios para confirmar este hallazgo.