Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 332

Revista Española de Cardiología

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

Clara FernÁndez CordÓn[1], Jorge GarcÍa CarreÑo[1], Eduardo ZataraÍn NicolÁs[1], Jaime ElÍzaga Corrales[1], MarÍa Tamargo DelpÓn[1], Felipe DÍez del Hoyo[1], Ricardo Sanz RuÍz[1], Enrique GutiÉrrez IbaÑes[1], MarÍa Eugenia VÁzquez[1], Javier Soriano Triguero[1], Javier Bermejo Thomas[1], Francisco FernÁndez-AvilÉs[1], Mariana Bastos Oreiro[2], Ana CalÍn Lorca[3] y Sara PÉrez RamÍrez[4]

[1]Hospital General Universitario Gregorio MaraÑÓn, Madrid, Servicio de [2]HematologÍa, [3]OncologÍa RadioterÁpica y [4]OncologÍa 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 transcatéter (TAVI) para recibir tratamiento antitumoral. Algunos estudios han descrito un impacto negativo del cáncer activo en la supervivencia pos-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 ± 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 ± DE	77,4 ± 2,1	80,2 ± 0,4	0,070
Sexo mujer, n (%)	8 (38,1)	168 (51,7)	0,011
FEVI, media ± DE	54,8 ± 2,3	57,8 ± 0,5	0,116
Gradiente medio aórtico, media ± DE	44,7 ± 1,4	46,7 ± 0,9	0,255
Filtrado glomerular basal, media ± DE	73,0 ± 8,2	59,9 ± 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 ± DE	4,1 ± 0,5	4,9 ± 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 ± DE	22,8 ± 2,8	19,2 ± 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.