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.