

## ESTENOSIS AÓRTICA Y ENFERMEDAD CORONARIA OBSTRUCTIVA. ¿CIRUGÍA O TRATAMIENTO PERCUTÁNEO?

*Autor: Marcos García Aguado (Cardiólogo clínico en el Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda. Madrid)*

*Fecha de publicación: 26/02/2025*

*Patología: Miscelánea / Categoría: Controversia*

*Tiempo de lectura: 2 minutos*



*Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen **enlaces** a la evidencia científica en la que se sustenta.*

***“La enfermedad coronaria y la estenosis aórtica comparten factores de riesgo y se asocian al envejecimiento de la población. No es extraño encontrar pacientes con ambas patologías presentadas de forma simultánea y con la severidad suficiente para plantear una actitud intervencionista. En estos casos, sobre todo cuando la enfermedad coronaria asociada es más compleja, la cirugía podría ofrecer ventajas frente al tratamiento percutáneo, sobre todo en el seguimiento a largo plazo”***

Uno de los temas controvertidos en el tratamiento del reemplazo valvular aórtico del paciente con estenosis aórtica asociada a enfermedad coronaria obstructiva es el tipo de procedimiento a realizar: cirugía o tratamiento percutáneo.

### **CIRUGÍA vs TRATAMIENTO PERCUTÁNEO**

La última evidencia científica (2024) procede de un estudio aleatorizado, el **TCW**, que apoyaba el reemplazo valvular asociado a revascularización por medio de procedimiento percutáneo frente a la cirugía de sustitución valvular asociada a revascularización coronaria quirúrgica. El estudio observó que los eventos adversos fueron mayores con cirugía, lo que llevó a detener prematuramente el ensayo. La mortalidad de la cirugía periprocedimiento fue del 10% en comparación con el 0% del abordaje percutáneo. Pero este estudio adolece de un tamaño muestral pequeño y de un posible sesgo resultante de la inclusión

del sangrado potencialmente mortal o incapacitante entre los criterios de valoración principal. El estudio recibió críticas por centrarse en los eventos periprocedimiento y no en la evolución con el paso de los años.

## DATOS DE VIDA REAL

Ahora se han presentado datos de vida real procedentes de un registro longitudinal que ha incluido 37.822 beneficiarios del **Medicare**, con un total de 17.413 sometidos a terapia percutánea (*la mayoría fueron revascularizados de forma percutánea electiva unos 3 meses previos al implante percutáneo de la valvular*) y 20.409 a cirugía. Estos procedimientos tuvieron lugar entre los años 2018 y 2022. El grupo sometido a cirugía presentó un porcentaje significativamente mayor de enfermedad múltiple coronaria (46.2%) que el grupo de abordaje percutáneo donde más del 90% presentó enfermedad de un solo vaso: la enfermedad coronaria fue más compleja entre los pacientes del grupo sometido a cirugía cardiaca.

Según esta investigación, la intervención percutánea presentaba significativamente menos sangrados, insuficiencia renal aguda y mortalidad hospitalaria, a cambio de un riesgo mayor de implante de marcapasos y reparación quirúrgica de la arteria femoral. En el seguimiento longitudinal se observó un aumento significativo del riesgo de reingreso por accidente cerebrovascular, infartos de miocárdico y mortalidad por todas las causas con el abordaje percutáneo en comparación con la cirugía. Si hacemos una valoración combinada del accidente cerebrovascular, el infarto de miocardio, reintervención valvular o muerte, el tratamiento percutáneo se asoció a más eventos en comparación con la cirugía (*RR 1.26;  $P < 0.00001$* ).

Por tanto, la conclusión del estudio es que la cirugía es mejor opción en caso de necesidad de sustitución valvular aórtica y revascularización coronaria.

## CONCLUSIÓN

Los estudios aleatorizados tienen gran peso para establecer recomendaciones para nuestra práctica clínica, pero deben estar bien diseñados, sin sesgos y con un tamaño muestral adecuado, en caso contrario solo generarán confusión y servirán para generar hipótesis. Los estudios de vida real nos aportan mucha información sobre la actuación en la práctica clínica de los profesionales sanitarios y ofrecen conclusiones sobre la seguridad del procedimiento evaluado.

En este caso las deficiencias del estudio **TCW** no permiten establecer como “dogma” sus conclusiones, mientras que el registro longitudinal del Medicare, gracias a su gran tamaño muestral, si tiene fuerza para cuestionarlo, más aún al centrarse en los eventos adversos más allá del procedimiento, fundamental en este tipo de patología.

En definitiva, seguimos con un tema controvertido y necesitamos más investigación de calidad.



*Ilustración 1. Pregunta sobre una controversia. CARPRIMARIA*

## REFERENCIAS

Reunión STS 2025 celebrada en Los Ángeles, California