

Cartas al Editor

Tratamiento antitrombótico tras implante percutáneo de válvula aórtica: grandes lagunas para una cuestión de extrema importancia



Antithrombotic Therapy After Percutaneous Aortic Valve Implantation: Large Gaps for a Matter of Extreme Importance

Sr. Editor:

Hemos leído con gran interés el metanálisis de Verdoia et al.¹ sobre el tratamiento antitrombótico después del implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI), y queremos felicitar a los autores por su esfuerzo en aclarar una cuestión de gran relevancia. El TAVI ha supuesto una tremenda revolución no solo porque es una alternativa muy eficaz y menos traumática a la cirugía, sino también porque puede ofrecer solución a pacientes que por comorbilidades no podían acceder a ella^{2,3}. En el momento actual ya se cuenta con un recorrido superior a 10 años y, si bien los avances han sido realmente espectaculares, existen todavía algunas cuestiones que se debe aclarar, entre las que el tratamiento antitrombótico ocupa una situación central.

Los pacientes candidatos a TAVI tienen un riesgo hemorrágico muy considerable por la propia edad y las comorbilidades. Recientemente se han publicado los eventos hemorrágicos encontrados en los 926 pacientes del registro de Berna⁴; tras un seguimiento medio de 3 años y máximo de 5, el 30,7% sufrió algún tipo de hemorragia, el 24% mayores o con riesgo de muerte. La mortalidad se incrementó en un 34% si la hemorragia estaba relacionada con el acceso y se duplicó en los casos de hemorragia de origen diferente. Por otra parte, la mortalidad fue muy alta en el seguimiento, pero una vez más las hemorragias influyeron de manera muy notable: el 49% de aquellos sin hemorragia, el 58% de los que tuvieron dicha complicación relacionada con el acceso y el 73% de aquellos con hemorragias de otros orígenes; además, se incrementó de manera continua la mortalidad en los 3 grupos.

Por otra parte y también recientemente, Rodes-Cabau et al.⁵ han publicado el estudio ARTE, en el que se aleatorizó a 222 pacientes con válvula Edwards-SAPIEN XT y sin indicación de anticoagulación oral a monoterapia con ácido acetilsalicílico 100 mg/día frente a ácido acetilsalicílico 100 mg/día combinado con clopidogrel 75 mg durante los primeros 3 meses tras el procedimiento. Si bien el estudio se detuvo con el 74% de los 300 pacientes planeados, se encontró una disminución de las hemorragias mayores y con riesgo de muerte en el grupo de monoterapia (el 10,8 frente al 3,6%; $p = 0,038$), además de una tendencia a reducciones en la mortalidad, los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares que, aunque no significativas, son para tener en cuenta (*odds ratio* [OR] = 1,78, OR = 4,13 y OR = 3,11 respectivamente). Estos resultados, junto con 2 estudios previos con resultados similares^{6,7} y un total de

421 pacientes aleatorizados, indican que la doble antiagregación no reduce el riesgo de ictus y aumenta el de hemorragia.

Por todo ello, creemos que los resultados del presente metanálisis y las actuales recomendaciones de la guía americana, que recomienda doble antiagregación durante los primeros 6 meses, y la europea, que la recomienda durante los primeros 3 meses —ambas con clase IIb y nivel de evidencia C, es decir, consenso de expertos basado en la actitud tomada en el estudio PARTNER— deben ser tomadas con precaución hasta que se disponga de los resultados de los futuros estudios POPular TAVI y CLOE, que compararán la monoterapia con doble antiagregación y proporcionarán respuesta a una cuestión tan relevante como esta.

Íñigo Lozano*, Juan Rondán, José M. Vegas y Eduardo Segovia

Servicio de Cardiología, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: inigo.lozano@gmail.com (Í. Lozano).

On-line el 20 de septiembre de 2017

BIBLIOGRAFÍA

1. Verdoia M, Barbieri L, Nardin M, Suryapranata H, De Luca G. Dual versus single antiplatelet regimen with or without anticoagulation in transcatheter aortic valve replacement: indirect comparison and meta-analysis. *Rev Esp Cardiol.* 2018;71:257–267.
2. Tornos P, Ribera A. Decade of experience with transcatheter aortic valve replacement: now is the time to resolve doubts about long-term effectiveness. *Rev Esp Cardiol.* 2017;70:234–235.
3. Jiménez-Quevedo P, Serrador A, Pérez de Prado A, Nombela-Franco L, Biagioni C, Pan M. Selection of the best of 2016 in interventional cardiology: expansion of TAVI indications to intermediate-risk patients. *Rev Esp Cardiol.* 2017;70:218–219.
4. Piccolo R, Pilgrim T, Franzone A, et al. Frequency, timing, and impact of access-site and non-access-site bleeding on mortality among patients undergoing transcatheter aortic valve replacement. *JACC Cardiovasc Interv.* 2017;10:1436–1446.
5. Rodes-Cabau J, Masson JB, Welsh RC, et al. Aspirin versus aspirin plus clopidogrel as antithrombotic treatment following transcatheter aortic valve replacement with a balloon-expandable valve: the ARTE (Aspirin Versus Aspirin + Clopidogrel Following Transcatheter Aortic Valve Implantation) randomized clinical trial. *JACC Cardiovasc Inter.* 2017;10:1357–1365.
6. Stabile E, Pucciarelli A, Cota L, et al. SAT-TAVI (single antiplatelet therapy for TAVI) study: a pilot randomized study comparing double to single antiplatelet therapy for transcatheter aortic valve implantation. *Int J Cardiol.* 2014;174:624–627.
7. Ussia GP, Scarabelli M, Mule M, et al. Dual antiplatelet therapy versus aspirin alone in patients undergoing transcatheter aortic valve implantation. *Am J Cardiol.* 2011;108:1772–1776.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2017.06.013>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2017.10.036>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2017.08.009>
0300-8932/

© 2017 Sociedad Española de Cardiología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.