

El arte y la ciencia de manejar la enfermedad coronaria estable en pacientes sometidos a TAVI

Autor : Rishi Puri , MD, Ph.D.

Publicado el 11 de diciembre de 2024

N Engl J Med 2024 ; 391 : 2267 - 2268

Documento de la investigación: 10.1056/NEJMe2411216

VOL. 391 NÚM. 23

Derechos de autor © 2024

El implante de válvula aórtica transcatóter (TAVI) surgió como un enfoque revolucionario e innovador para el tratamiento de pacientes con estenosis aórtica. ¹ Sin embargo, la forma en que debemos abordar la terapia basada en catéter en pacientes con enfermedad coronaria estable concomitante, que afecta aproximadamente al 50% de los candidatos para TAVI, sigue siendo un enigma clínico. ¿Debemos imitar la práctica quirúrgica y revascularizar todas las lesiones obstructivas? Si es así, ¿deberíamos hacerlo antes, durante o después del TAVI? ¿O ni siquiera deberíamos revascularizar? Después de todo, ¿sabríamos siquiera de la presencia de enfermedad coronaria si no hubiéramos realizado una angiografía coronaria como parte del estudio de TAVI en primer lugar? **En pacientes con enfermedad coronaria estable, la intervención coronaria percutánea (ICP) ofrece alivio de los síntomas en comparación con la terapia médica, sin beneficios en cuanto a mortalidad o riesgo de infarto de miocardio.** ^{2,3} Actualmente, ejercemos nuestro mejor juicio clínico para decidir cómo tratar a los pacientes con enfermedad coronaria estable concomitante que son candidatos para TAVI, sin evidencia clínica sustancial que nos indique una dirección clara.

Por lo tanto, el tercer ensayo Nordic Aortic Valve Intervention (NOTION-3), cuyos resultados se informan en este número de la revista ⁴, es un ensayo abierto, aleatorizado y controlado muy esperado que probó la hipótesis de que la PCI antes de la TAVI en pacientes con enfermedad coronaria estable y estenosis aórtica grave sería superior al tratamiento médico con respecto a un punto final compuesto primario de muerte por cualquier causa, infarto de miocardio o revascularización urgente. Se incluyeron pacientes con una estenosis del diámetro de la arteria coronaria de al menos el 90% en la evaluación visual o con una estenosis del diámetro de la arteria

coronaria del 50% hasta el 90%, pero sin incluirlo, con una medición positiva de la reserva de flujo fraccional en vasos que tenían al menos 2,5 mm de diámetro. Se excluyó a los pacientes con síndromes coronarios inestables o estenosis de la arteria coronaria principal izquierda. Los pacientes fueron asignados a someterse a una PCI o a recibir tratamiento conservador, y todos los pacientes también se sometieron a TAVI.

La edad media de los pacientes fue de 82 años, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo media fue del 60% y la cantidad media de lesiones coronarias fisiológicamente significativas por paciente fue de una. En el grupo de ICP, la mayoría de los pacientes se sometieron a ICP antes o concomitantemente con el procedimiento TAVI, y se implantó una válvula expandible con balón en el 41% de los pacientes. En un seguimiento medio de 2 años, el riesgo de un evento de punto final primario fue un 29% menor en el grupo de ICP que en el grupo de tratamiento conservador, lo que se produjo a expensas de un riesgo 51% mayor del punto final de seguridad de cualquier sangrado menor, mayor o potencialmente mortal o incapacitante (con el riesgo aparentemente impulsado principalmente por el sangrado menor).

El beneficio máximo de la ICP pareció ser impulsado por el infarto de miocardio y la revascularización urgente y se produjo en pacientes con estenosis del diámetro de la arteria coronaria angiográfica del 90% o más. Se debe felicitar a los autores e investigadores por realizar un ensayo a gran escala, seminal, que potencialmente cambiará la práctica y es relevante para la práctica clínica diaria. ¿Los resultados de este ensayo deberían ahora cambiar nuestra práctica para realizar ICP en lesiones fisiológicamente significativas con una estenosis del diámetro de la arteria coronaria del 50% hasta el 90%, pero sin incluirlo, o en lesiones de la arteria coronaria principal no izquierda con una estenosis del diámetro de al menos el 90% en todos los pacientes sometidos a TAVI?

No se observaron daños perioperatorios por TAVI sin revascularización per se en el grupo de tratamiento conservador. Las curvas de Kaplan-Meier mostraron que la incidencia acumulada de infarto de miocardio se acumulaba con mayor frecuencia en el grupo de tratamiento conservador que en el grupo de ICP a partir de aproximadamente 1 año en adelante, mientras que la incidencia acumulada de revascularización coronaria urgente (que estaba sujeta a sesgo, dado el conocimiento del paciente y del operador sobre la anatomía coronaria) se acumulaba antes. Estos datos sugieren que la ICP podría retrasarse en el período posterior a TAVI cuando se tiene tiempo para controlar de cerca los síntomas residuales, ajustar las terapias médicas dirigidas a objetivos y planificar una posible ICP (cuando y si está indicada) con un enfoque en las lesiones con una

estenosis del diámetro de la arteria coronaria de al menos el 90%, que son el tipo de lesiones que pueden haber presagiado un infarto de miocardio incidente en este ensayo. La PCI post-TAVI puede, intuitivamente hablando, realizarse mejor en pacientes con función de válvula aórtica intacta y ventrículos izquierdos descargados y parece ser más ventajosa desde una perspectiva de sangrado al evitar la terapia antiplaquetaria dual durante TAVI que ocurriría en el contexto de la PCI pre-TAVI.⁴⁻⁶ El riesgo de sangrado debido al uso de terapia antiplaquetaria dual después de la PCI realizada antes de TAVI se equilibra con la dificultad de acceder a las arterias coronarias a través de un valor cardíaco transcatéter implantado cuando se intenta la PCI después de TAVI.⁷

Los datos del ensayo NOTION-3 son similares a los resultados de un gran análisis retrospectivo de un solo centro realizado por Persits et al. que incluyó pacientes con anatomía coronaria de riesgo alto o extremo (enfermedad grave de la arteria coronaria principal izquierda o de tres vasos, incluidos aquellos con una fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida) y confirmó que el procedimiento TAVI no impartió ningún riesgo periprocedimental adicional (en relación con la presencia de enfermedad coronaria no obstructiva).⁸ Los datos a largo plazo sobre la mortalidad por todas las causas y el riesgo de revascularización coronaria no planificada en ese estudio también fueron similares a los resultados del ensayo NOTION-3, que probablemente refleje la historia natural de la carga de ateroma coronario. Un análisis de las lesiones de las arterias coronarias en el ensayo actual también sería revelador para entender el riesgo de eventos coronarios en la población tratada de manera conservadora, que recibió solo TAVI, así como una mejor apreciación del uso de estatinas de alta intensidad durante el tratamiento y los niveles de colesterol, que influyen fundamentalmente en los riesgos de eventos coronarios, incluso entre los pacientes de mayor edad.⁹ Por otra parte, algunos tipos de lesiones, como las lesiones ostiales que pueden interactuar con el marco de la válvula-stent o que se consideran difíciles de acceder, pueden tratarse mejor con ICP antes del TAVI, con mayor atención de lo habitual al grado de extrusión del stent en la aorta. **Aunque este ensayo ha proporcionado al campo una ciencia muy necesaria, el tratamiento de pacientes con enfermedad arterial coronaria estable que se someten a TAVI aún requiere el arte del juicio médico y de procedimiento.**