

COMENTARIO EDITORIAL

Anticoagulación tras el implante de bioprótesis o TAVI: sigue la discusión



Pilar Tornos Mas

Pilar Tornos Mas

El tratamiento anticoagulante o antiagregante tras la implantación de una bioprótesis aórtica (RVA) o tras un implante percutáneo (TAVI) es motivo de controversia. Las guías de práctica clínica reflejan esta situación y las recomendaciones se basan en bajos niveles de evidencia. Así en las Guías Europeas (1) se recomienda anticoagulación durante tres meses tras el RVA, con una indicación IIb. En el caso de la TAVI se aconseja doble antiagregación con una indicación IIa o antiagregación única con una indicación IIb. En las Guías americanas (2) las indicaciones son similares aunque recomiendan anticoagulación durante tres meses después de RVA y tras TAVI en pacientes con bajo riesgo de sangrado.

En los últimos años este tema ha sido objeto de interés y se han publicado diferentes estudios y ensayos clínicos al respecto que han aportado información relevante.

El año 2015 se describió en el *New England Journal of Medicine* (3) la detección mediante TAC de reducción de la motilidad de velos valvulares tras el RVA y TAVI que se resolvía con la administración de anticoagulantes, y se empezó a hablar de trombosis subclínica. Este hallazgo tuvo mucho impacto y mereció una Editorial de la FDA (4) en la que se aconsejaba esperar a obtener más estudios antes de cambiar las políticas de estudio mediante técnicas de imagen (el ecocardiograma no detectaba la alteración) o de aconsejar hacer cambios terapéuticos. Desde entonces nuevos trabajos (5) han confirmado la existencia de estas posibles trombosis subclínicas, más frecuentes tras TAVI (13%) que tras RVA (4%) pero su implicación clínica no parece ser relevante. En relación a estos estudios se propició un ensayo clínico en el que se comparó la estrategia rivaroxaban y AAS versus clopidogrel y AAS en los primeros tres meses tras el implante de TAVI (6) Este ensayo hubo de suspenderse prematuramente por exceso de sangrado en el grupo rivaroxaban. Por otra parte Abdul-Jawad (7) publicó un ensayo clínico en el que se comparaba el tratamiento con warfarina sola o asociada a antiagregantes en pacientes en fibrilación auricular sometidos a TAVI. El ensayo demostró que la asociación con

antiagregantes aumentaba significativamente el riesgo de sangrado sin reducir las complicaciones vasculares o ictus. Recientemente un metanálisis (8) comparó la utilización de doble antiagregación versus antiagregante único en pacientes tras TAVI. Los resultados sugerían que la doble antiagregación aumentaba significativamente los sangrados graves sin aportar beneficios en la prevención de complicaciones vasculares o ictus. En la actualidad están en marcha estudios para valorar la utilidad de la anticoagulación con apixaban tras TAVI (9).

En el presente trabajo Chakvartary y cols (10) se proponen evaluar el impacto de la anticoagulación tras RVA y TAVI. Para ello estudian a 4.832 pacientes, 3.889 tras TAVI y 943 tras RVA, provenientes del estudio Partner 2 y de diversos registros y analizan la evolución a 1 año mediante seguimiento clínico y ecocardiográfico. Los autores analizan el posible deterioro de las bioprótesis mediante los cambios de gradientes detectados en las ecografías y los efectos clínicos adversos (muerte, rehospitalización y/o ictus). Observaron que los pacientes no anticoagulados tenían un ligero incremento en los gradientes en relación a los que no recibían anticoagulación. En los pacientes TAVI no hubo diferencias clínicas entre los anticoagulados y los que no, mientras que en el grupo AVR los pacientes anticoagulados tenían menos incidencia de ictus. Los autores especulan sobre la causa de esta mayor incidencia de ictus y la relacionan con la posibilidad de aparición de fibrilación auricular o con trombosis subclínica de los velos. Los autores concluyen que los resultados de su estudio confirman la necesidad de anticoagulación en los primeros meses tras RVA pero no tras TAVI.

El trabajo de Chakvartary y cols (10) aporta pues información que en principio apoyaría la utilización de anticoagulantes en los primeros meses tras RVA. Tras el TAVI parece que las cosas son distintas y en el presente estudio no hay datos que apoyen el uso de tratamiento anticoagulante. En cualquier caso las evidencias no parecen demasiado robustas. Los diferentes estudios que hemos comentado anteriormente también contribuyen

al conocimiento, pero no sientan con claridad una línea de actuación.

A la luz de todo ello parece que lo más adecuado sea individualizar el tratamiento postprocedimiento, tanto

tras RVA como tras TAVI considerando cuidadosamente el riesgo trombótico y el riesgo hemorrágico de cada paciente individual. A esta misma conclusión llega Pibarot (11) en la editorial que acompaña al trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, et al. AHA/ACC focused update of the 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2017;70:252-89.
2. Baumgartner H, Falk V, Bax JJ, Bonis M De, Hamm C, Holm PJ, Iung B, Lancellotti P, Lansac E, Rodriguez Muñoz D, Rosenhek R, Sjögren J, Tornos Mas P, Vahanian A, Walther T, Wendler O, Windecker S, Zamorano JL, Roffi M, Alfieri O, Agewall S, Ahlsson A, Barbato E, Bueno H, Collet J-P, Coman IM, Czerny M, Delgado V, Fitzsimons D, Folliguet T, et al. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur Heart J* 2017;38:2739-2791.
3. Makkar RR, Fontana G, Jilaihawi H, et al. Possible Subclinical leaflet thrombosis in bioprosthetic aortic valves. *N Engl J Med* 2015;373:2015-24.
4. Lashinger JC, Wu CH, Ibrahim N, Shuren JE. Reduced leaflet motion in bioprosthetic aortic valves. The FDA perspective *N Engl J Med* 2015; 373:1996-8
5. Chakravarty T, Sondergaard L, Friedman J, et al. Subclinical leaflet thrombosis in surgical and transcatheter bioprosthetic aortic valves: an observational study. *Lancet* 2017;389: 2383-92.
6. Windecker S, Tijssen J, Giustino G, et al. Trial design: rivaroxaban for the prevention of major cardiovascular events after transcatheter aortic valve replacement: rationale and design of the GALILEO study. *Am Heart J* 2017;184:81-7.
7. Abdul-Jawad Altisent O, Durand E, Muñoz-García AJ, et al. Warfarin and antiplatelet therapy versus warfarin alone for treating patients with atrial fibrillation undergoing transcatheter aortic valve replacement. *J Am Coll Cardiol* 2016;9:1706-17.
8. Maes F, Stabile E, Ussia GP, et al. Meta-analysis comparing single versus dual antiplatelet therapy following transcatheter aortic valve implantation. *Am J Cardiol* 2018;122:310-5.
9. Collet JP, Berti S, Cequier A, et al. Oral anti-Xa anticoagulation after trans-aortic valve implantation for aortic stenosis: the randomized ATLANTIS trial. *Am Heart J* 2018;200:44-50.
10. Chakravarty T, Patel A, Kapadia S, Raschpichler M, Smalling R, Szeto W, Abramowitz I, Cheng W, Douglas P, Hahn R, Herrmann H, Kereiakes D, Svensson L, MD, Yoon SH, Babaliaros V, Kodali S, Thourani V, Alu M, Liu Y, McAndrew T, Mack M, Leon M, Makkar R. Anticoagulation After Surgical or Transcatheter Bioprosthetic Aortic Valve Replacement. *J Am Coll Cardiol* 2019;74:1190-200
11. Pibarot P, Mazer D, Verma S. Should Bioprosthetic Aortic Valves be Routinely Anticoagulated? Insights From PARTNER and Beyond *J Am Coll Cardiol* 2019;74:1201-4