Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 305

Revista Española de Cardiología

# 11. VALORACIÓN DE LA MULTICAUSALIDAD EN LA INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA

Jorge Segovia Reyes[1], Paloma Márquez Camas[1], Matías Soler González[2], Germán Alegre García[1], Luis García Rodríguez[1], Adrián Rodríguez Córdoba[1], Nelsa González Aguado[1], Miguel López Tejada[1], Lucía Palma Marti[1], Cristian Peláez Berdún[1], Alberto Contreras Muñóz[1], María Angullo Gómez[1], Diego Félix Arroyo Moñino[3], Manuel Francisco Jiménez Navarro[1] y Jorge Rodríguez Capitán[1]

[1]Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España,[2]Servicio de Urgencias. Hospital de Antequera, Antequera Málaga, España y [3]Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

## Resumen

**Introducción y objetivos:** El mayor conocimiento clínico sobre la insuficiencia tricuspídea (IT) en los últimos años ha llevado a un cambio de paradigma en su clasificación, abogando la literatura más reciente por una estratificación según el perfil fisiopatológico más allá de la clásica división en causas primarias y funcionales. En este trabajo nos propusimos evaluar las posibles causas concomitantes de IT de una amplia serie de pacientes tras ser clasificados en diferentes grupos según su perfil clínico.

**Métodos:** Estudio multicéntrico y retrospectivo en el que se incluyeron una serie de pacientes con IT significativa (grado moderado/grave o mayor) diagnosticados entre 2002 y 2017. Los pacientes se clasificaron según su contexto clínico principal, basándonos en la clasificación por pasos propuesta por Topilsky *et al.*, de forma que el tipo de IT queda definido en el primer paso que cumpla los criterios establecidos. Posteriormente se realizó un análisis de cada uno de los grupos para detectar otros posibles mecanismos causales de IT.

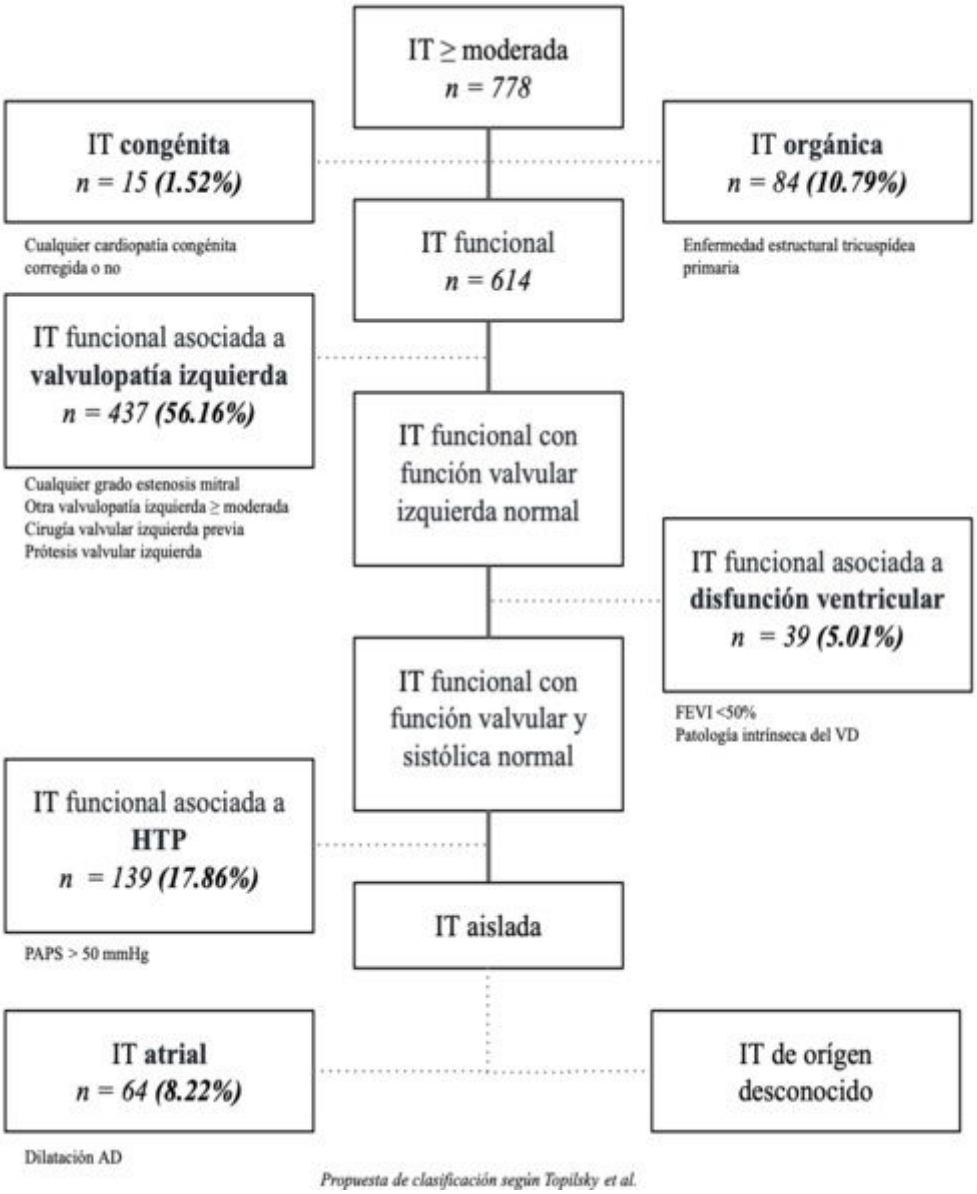
**Resultados:** Se incluyeron un total de 778 pacientes con IT significativa que fueron clasificados en 6 grupos según su perfil clínico siguiendo la clasificación propuesta (figura), siendo el más frecuente el grupo funcional asociado a valvulopatía izquierda (56,16%) seguido del asociado a HTP (17,86%). Tras analizar las posibles causas concomitantes (tabla) encontramos que en las causas primarias (congénita y orgánica) únicamente el 33,33% y 25% no presentaban otra etiología, respectivamente. Entre las causas funcionales aquellas asociadas a valvulopatía izquierda se presentaron de forma aislada en el 62,92% de los casos y en el 66,66% en el grupo asociado a disfunción ventricular. El grupo asociado a HTP e IT atrial no presentaron otras causas concomitantes al encontrarse al final de la clasificación excluyente.

Grupos de población y división según causas concomitantes de insuficiencia tricuspídea

| Etiología fundamental | Congénita | Orgánica | Valvulopatía izquierda | Disfunción VI o VD | HTP componente pulmonar | Causa pura o aislada | Total multicausalidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Congénita | - | 0 (0,00%) | 10 (66,66%) | 3 (20,00%) | 1 (6,66%) | **5 (33,33%)** | **10 (66,66%)** |
| Orgánica | 0 (0,00%) | - | 54 (64,28%) | 17 (20,23%) | 11 (13,09%) | **21 (25,00%)** | **63 (75,00%)** |
| Valvulopatía izquierda | 0 (0,00%) | 0 (0,00%) | - | 137 (31,35%) | 93 (21,28%) | **275 (62,92%)** | **162 (37,07%)** |
| Disfunción VI o VD | 0 (0,00%) | 0 (0,00%) | 0 (0,00%) | - | 13 (33,33%) | **26 (66,66%)** | **13 (33,33%)** |
| HTP | 0 (0,00%) | 0 (0,00%) | 0 (0,00%) | 0 (0,00%) | - | **139 (100%)** | **0 (0,00%)** |
| Atrial | 0 (0,00%) | 0 (0,00%) | 0 (0,00%) | 0 (0,00%) | 0 (0,00%) | **64 (100%)** | **0 (0,00%)** |

HTP: hipertensión pulmonar; VD: ventrículo derecho; VI: ventrículo izquierdo.




*Flujograma de pacientes según la propuesta de clasificación de Topilsky et al.*

**Conclusiones:** En una amplia serie de pacientes con IT hasta el 31,87% de la muestra mostró otras posibles causas concomitantes de IT aparte de su perfil clínico principal y este porcentaje fue incluso mayor en aquellos con causas primarias. Teniendo en cuenta que previamente se ha descrito que el curso clínico es diferente según el tipo de IT, esto sugiere que en aproximadamente un tercio de nuestros pacientes con IT podría ser necesaria una clasificación etiológica más descriptiva y exhaustiva para conocer su pronóstico y establecer la mejor estrategia terapéutica.