Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 201

Revista Española de Cardiología

3. EVOLUCIÓN NO INVASIVA DEL ACOPLAMIENTO VENTRICULOARTERIAL DEL VENTRÍCULO DERECHO TRAS LA REPARACIÓN TRANSCATÉTER DE LA INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA

Basilio Angulo Lara[1], Vanessa Moñivas Palomero[1], María del Trigo Espinosa[1], Esther Montero Hernández[2], Paula Martínez Santos[1], Sara Navarro Nieto[1], Jorge de la Fuente García[1], Juan Francisco Oteo Domínguez[1], Marta Cobo Marcos[1], Francisco Javier Goicolea Ruigómez[1] y Susana Mingo Santos[1]

[1]Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España y [2]Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El acoplamiento ventriculoarterial (AC) del ventrículo derecho ha demostrado tener valor pronóstico en pacientes con insuficiencia tricuspídea (IT) sometidos a tratamiento transcatéter de aproximación borde a borde.

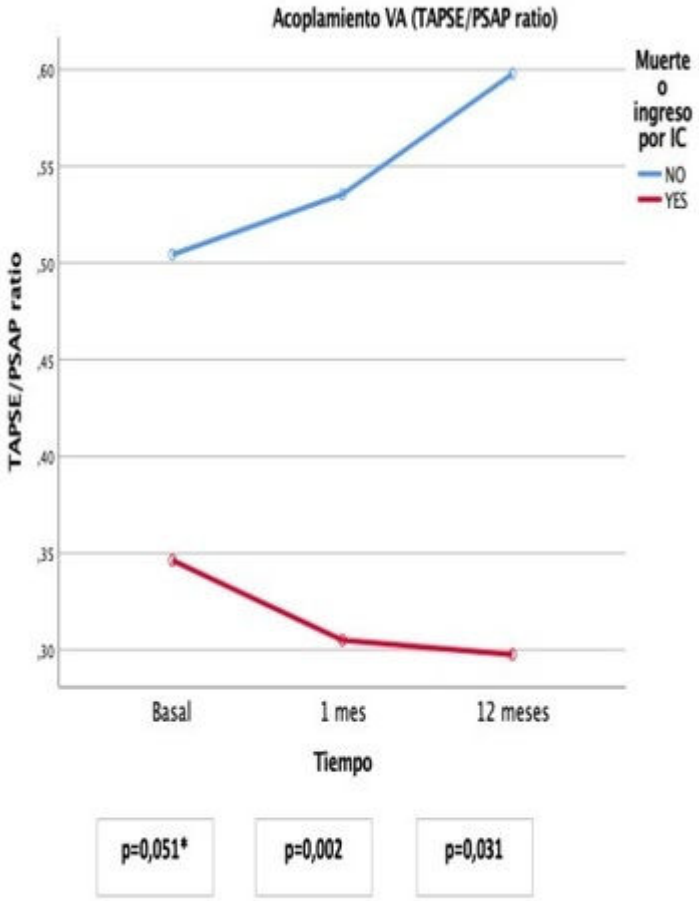
Métodos: Analizamos retrospectivamente los pacientes con implante de dispositivo borde a borde en posición tricuspídea (MitraClip y Triclip) como tratamiento de la IT grave entre 2018 y 2023 en nuestro centro. Nuestro objetivo fue evaluar los cambios en el AC tras el tratamiento de la IT y establecer su valor pronóstico.

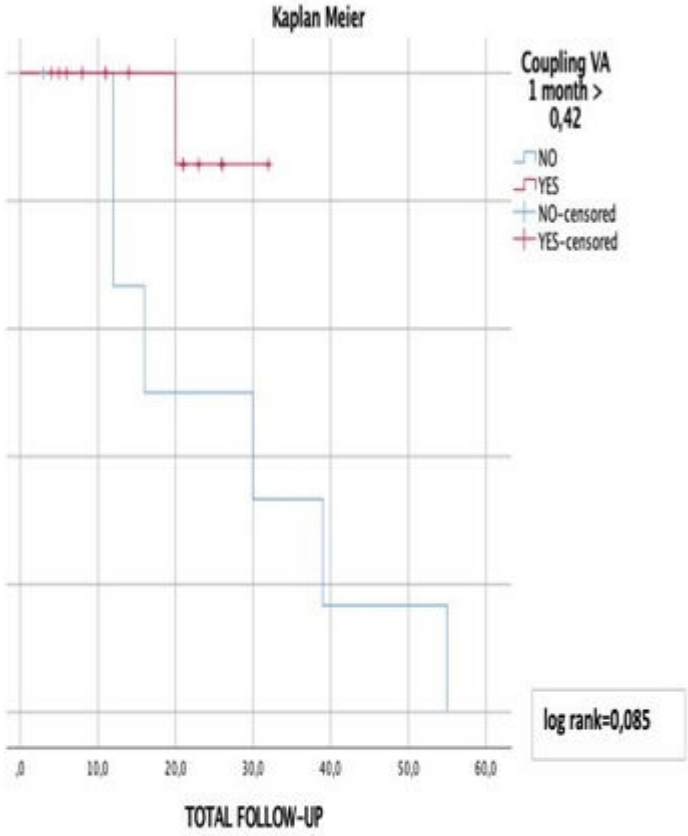
Resultados: Analizamos 28 pacientes con edad media 72,7 ± 9,6 años, 61% mujeres, presentaban TRI-SCORE 4,7 ± 2,3 y STS-score 6,3 ± 3,8. Respecto a la etiología, 85% fueron funcionales, 11% primarias, 3% inducido por electrodo de marcapasos. La morfología de la válvula tricúspide más frecuente según la clasificación de Rebecca Hahn fue el tipo IIIb 32%. La mediana de seguimiento fue 13,8 meses (RIC 5,9-25,7). El éxito del procedimiento fue del 93%. A lo largo del seguimiento existieron 2 *detachment*. Se produjeron 11 eventos en 9 pacientes: 4 muertes de causa cardiovascular y 7 ingresos por IC. Los parámetros de función sistólica del VD, a excepción del *strain* lateral, eran normales al inicio (TAPSE 19,8 ± 5,5 mm, onda S 11,4 ± 3,6 cm/s, *strain* lateral -18,2 ± 2,5%) y no hubo cambios estadísticamente significativos en la evolución. La PSAP no cambia a largo plazo (48,5 ± 13,4 a 46,6 ± 16,2 mmHg a los 12 meses, p = 0,336) (tabla). El AC basal de la población era normal (0,43 ± 15). El grupo con eventos presentó basalmente un AC significativamente menor que el grupo sin eventos y esta diferencia fue más marcada a lo largo del seguimiento (figura). El análisis de la curva ROC determinó puntos de corte para el AC de 0,42 a 1 mes (S 100% y E 90%) y 0,36 a 12 meses (S 100% y E 84%), relacionados con la supervivencia libre de eventos. Las curvas de supervivencia muestran diferencias en la mortalidad para un punto de corte de TAPSE/PASP a 1 mes de 0,42 (*log rank* 0,085), aunque no estadísticamente significativas.

Variable	Basal (n: 28)	1 mes (n: 27)	p	12 meses (n: 16)	p

FAC (%)	39,5 (± 9,3)	39,7 (± 7,9)	0,921	41,2 (± 8,3)	0,947
Diámetro basal VD (mm)	49,2 (± 7,3)	46,2 (± 6,7)	**0,029**	46,2 (± 8,3)	**0,027**
Área AD (cm^2)	31,9 (± 13,1)	31,17 (± 11,9)	0,564	34,2 (± 17,9)	0,771
TAPSE (mm)	19,8 (± 5,5)	18,5 (± 4,5)	0,243	18,9 (± 5,6)	0,121
Onda S (cm/s)	11,4 (± 3,6)	9,9 (± 2,7)	**0,015**	10,3 (± 2,9)	0,129
Strain pared lateral VD (%)	18,2 (± 2,5)	17,6 (± 4,0)	0,646	18,01 (± 1,8)	0,843
PSAP (mmHg)	48,5 (± 13,4)	41,8 (± 14,5)	**0,013**	46,6 (± 16,2)	0,336
Acoplamiento VA (TAPSE/PSAP)	0,43 (± 0,1)	0,43 (± 0,2)	0,960	0,46 (± 0,3)	0,644
Diámetro VCI (mm)	25,0 (± 5,7)	19,9 (± 6,7)	**0,001**	19,0 (± 5,0)	**0,001**
VTI flujo sistólico VVSSHH (cm/s)	8,9 (± 9,0)	3,4 (± 6,6)	**0,028**	3,1 (± 7,3)	0,229

AD: aurícula derecha; PSAP: presión sistólica de la arteria pulmonar; VCI: vena cava inferior; VD: ventrículo derecho; VVSSHH: venas suprahepáticas.





Conclusiones: La monitorización del AC proporciona información útil para el seguimiento de los pacientes que se someten a una intervención de aproximación borde a borde tricúspide. Un valor 0,42 en el seguimiento a corto plazo sugiere un peor pronóstico. La validación de este parámetro en series más amplias podría ayudar a seleccionar los pacientes que necesitan un seguimiento más estrecho.