



5. EVOLUCIÓN DE LOS PARÁMETROS ECOCARDIOGRÁFICOS Y DE CONGESTIÓN TRAS EL TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE LA REGURGITACIÓN TRICUSPÍDEA UTILIZANDO UN DISPOSITIVO DE ABORDAJE BORDE A BORDE

Basilio Angulo Lara¹, Susana Mingo Santos¹, María del Trigo Espinosa¹, Esther Montero Hernández², Juan Francisco Oteo Domínguez¹, Paula Martínez Santos¹, Sara Navarro Nieto¹, Carlos Collado Macián¹, Jorge de la Fuente García¹, Marta Cobo Marcos¹, Francisco Javier Goicolea Ruigómez¹ y Vanessa Moñivas Palomero¹

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

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia tricúspide (IT) se asocia a aumento de morbimortalidad y signos de insuficiencia cardiaca derecha (ICD). Recientemente se han introducido nuevas técnicas de reparación transcáteter valvular.

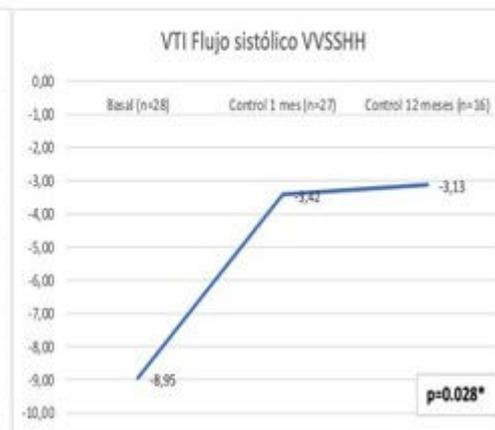
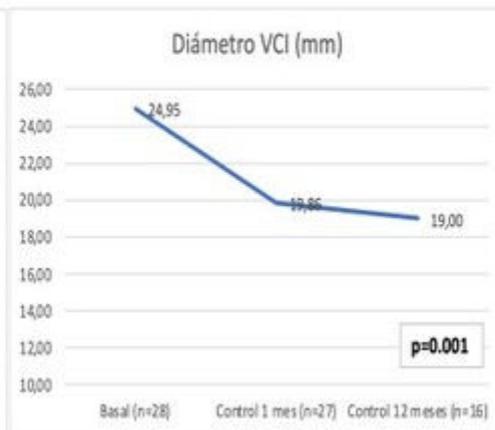
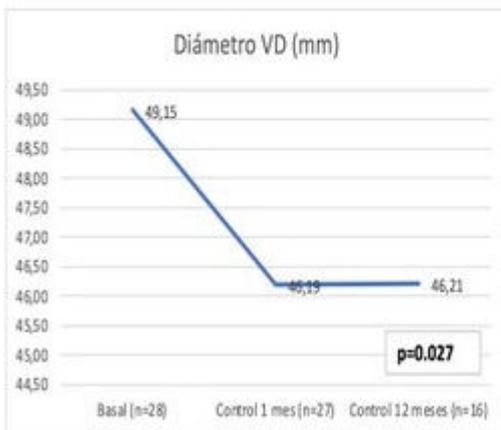
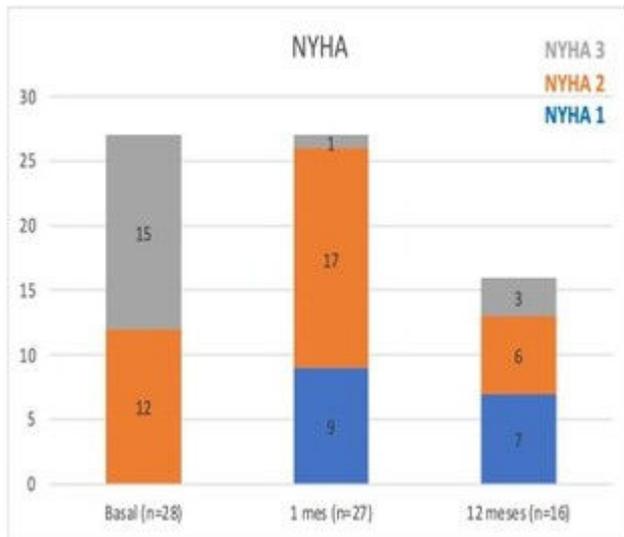
Métodos: Analizamos retrospectivamente los pacientes con implante de dispositivo borde a borde en posición tricúspide (MitraClip y Triclip) como tratamiento de la IT grave entre 2018 y 2023 en nuestro centro. El seguimiento se realizó al mes y al año posimplante. Nuestro objetivo es evaluar la evolución de parámetros de ventrículo derecho (VD) por ecocardiografía, así como los parámetros clínicos y analíticos relacionados con la ICD.

Resultados: Analizamos 28 pacientes con edad media de $72,7 \pm 9,6$ años, 61% mujeres y TRI-SCORE $4,7 \pm 2,3$. Respecto a la etiología, 85% fueron funcionales, 11% primarias, 3% inducido por electrodo de marcapasos. La morfología de la válvula tricúspide más frecuente fue tipo IIIb 32% (clasificación R. Hahn). La vena contracta media fue de $11,8 \pm 2,7$ mm y el gap máximo de $6,1 \pm 2,1$. 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. La implantación del dispositivo se asoció con una mejoría significativa de la clase funcional NYHA, reducción del diámetro basal del VD, del diámetro de la vena cava inferior y del flujo sistólico inverso en las venas suprahepáticas. Se observó una reducción de los ingresos por IC al año. El 24% de los pacientes redujeron la dosis de diurético al mes y el 32% al año. Un 18% de los pacientes aumentaron el diurético al año. Los parámetros de función sistólica del VD clásicos eran normales al inicio (TAPSE $19,8 \pm 5,5$ mm, onda S $11,4 \pm 3,6$ cm/s), presentando una reducción leve del *strain* lateral del VD ($-18,2 \pm 2,5\%$) y no hubo cambios significativos durante la evolución. No se encontró ningún factor asociado a eventos en el análisis univariante (como se muestra en la figura y la tabla).

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

NYHA > 2 (nº pacientes, %)	15 (54%)	1 (0,1%)	0,001	3 (0,2%)	0,001
Pacientes con edema MMII (nº pacientes, %)	16 (57%)	4 (15%)	0,043	5 (31%)	0,019
Pacientes con ascitis (nº pacientes, %)	9 (32%)	3 (11%)	0,032	4 (25%)	0,041
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
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 (± 2,4)	17,6 (± 3,9)	0,646	18,0 (± 1,8)	0,843
PSAP (mmHg)	48,5 (± 13,4)	41,8 (± 14,5)	0,013	46,6 (± 16,2)	0,336
Diámetro VCI (mm)	25,0 (± 5,7)	19,9 (± 6,7)	0,001	19,0 (± 5,0)	0,001
VTI flujo sistólico VVSSH (cm/s)	8,9 (± 9,0)	3,4 (± 6,6)	0,028	3,1 (± 7,3)	0,229
Creatinina (mg/dL)	1,3 (± 0,6)	1,4 (± 0,5)	0,245	1,3 (± 0,5)	0,618
NT-proBNP (pg/ml)	2641,9 (± 2102,5)	2497,8 (± 2068,3)	0,691	3467,0 (± 7576,4)	0,617
Bilirrubina (mg/dL)	1,0 (± 0,4)	0,9 (± 0,3)	0,069	0,8 (± 0,2)	0,190
GGT (UI/L)	116,0 (± 113,68)	104,7 (± 101,83)	0,360	90,9 (± 67,94)	0,776

VCI: vena cava inferior; PSAP: presión sistólica de la arteria pulmonar; VD: ventrículo derecho;; VVSSH: venas suprahepáticas.



Conclusiones: En nuestra población de estudio, el tratamiento borde a borde de la IT redujo los signos de ICD y los ingresos por IC, además de mejorar la clase funcional y el tamaño del VD, manteniendo estable la función del VD. A largo plazo permitió una reducción significativa de las dosis de diuréticos.