



## 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 Lara<sup>1</sup>, Susana Mingo Santos<sup>1</sup>, María del Trigo Espinosa<sup>1</sup>, Esther Montero Hernández<sup>2</sup>, Juan Francisco Oteo Domínguez<sup>1</sup>, Paula Martínez Santos<sup>1</sup>, Sara Navarro Nieto<sup>1</sup>, Carlos Collado Macián<sup>1</sup>, Jorge de la Fuente García<sup>1</sup>, Marta Cobo Marcos<sup>1</sup>, Francisco Javier Goicolea Ruigómez<sup>1</sup> y Vanessa Moñivas Palomero<sup>1</sup>

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

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La insuficiencia tricúspide (IT) se asocia a aumento de morbilidad 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%)           | <b>0,043</b> | 5 (31%)           | <b>0,019</b> |
| Pacientes con ascitis (nº pacientes, %)    | 9 (32%)           | 3 (11%)           | <b>0,032</b> | 4 (25%)           | <b>0,041</b> |
| 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)      | <b>0,029</b> | 46,2 (± 8,3)      | <b>0,027</b> |
| 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)       | <b>0,015</b> | 10,3 (± 2,9)      | 0,129        |
| <i>Strain</i> 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)     | <b>0,013</b> | 46,6 (± 16,2)     | 0,336        |
| Diámetro VCI (mm)                          | 25,0 (± 5,7)      | 19,9 (± 6,7)      | <b>0,001</b> | 19,0 (± 5,0)      | <b>0,001</b> |
| VTI flujo sistólico VVSSHH (cm/s)          | 8,9 (± 9,0)       | 3,4 (± 6,6)       | <b>0,028</b> | 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;; VVSSHH: 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.