



## 7009-10. LA INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA Y NO LA INSUFICIENCIA MITRAL DETERMINA LA MORTALIDAD EN PACIENTES TAVI CON INSUFICIENCIA MITRAL PREVIA AL IMPLANTE NO SIGNIFICATIVA

Javier Castrodeza Calvo<sup>1</sup>, Ignacio Amat Santos<sup>1</sup>, Luis Nombela-Franco<sup>2</sup>, Antonio Muñoz-García<sup>3</sup>, Enrique Gutiérrez-Ibañes<sup>1</sup>, José M. de la Torre Hernández<sup>1</sup>, Juan G. Córdoba-Soriano<sup>1</sup> y José Alberto San Román Calvar<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid, <sup>2</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, y <sup>3</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La mayoría de los pacientes sometidos a TAVI presentan insuficiencia mitral concomitante (IM) de grado moderado (2) o menor. Además, el impacto de la insuficiencia tricuspídea (IT) en este escenario permanece aún sin una clara explicación. **Objetivo:** 1. Analizar el impacto clínico de la IM moderada frente a IM ligera o nula y su variación después del implante de TAVI; 2. Determinar el impacto de la IT significativa concomitante en pacientes con IM ? 2.

**Métodos:** Entre agosto de 2007 y enero de 2015, 1110 pacientes consecutivos se sometieron a un procedimiento de TAVI en 6 centros españoles de alto volumen. En el presente estudio, se incluyó a un total de 813 pacientes tratados mediante abordaje transfemoral sin prótesis mitral previa, con IM de grado moderado o menor y con diagnóstico de estenosis aórtica grave sintomática.

**Resultados:** La edad media fue de  $81 \pm 7$  años y la puntuación media de STS fue de  $6,9 \pm 5,1$ . La IM moderada (2) estuvo presente en el 37,3% de los pacientes, que presentaron resultados intrahospitalarios comparables en término de mortalidad en el seguimiento a los 6 meses (11,9 frente a 9,4%,  $p = 0,257$ ). Sin embargo, los pacientes con IM = 2 tuvieron mayor tasa de rehospitalizaciones y peor clase NYHA en el seguimiento que aquellos con IM 2 ( $p = 0,008$  y  $0,001$ , respectivamente). Los resultados periprocedimiento y de seguimiento se muestran en la tabla. Un 3,8% de pacientes presentó un aumento en el grado de IM hasta 3+. La presencia de IT concomitante moderada/grave en pacientes con IM ? 2 se asoció con mayor tasa de mortalidad intrahospitalaria (13%) y seguimiento (34,1%) independientemente del grado de IM y fue, de hecho, un predictor independiente de Mortalidad con OR = 18,4, IC95%: 10,2-33,3,  $p = 0,001$ .

Resultados periprocedimiento y en el seguimiento en pacientes con IM ? 2

IM nula o ligera (IM 2) n = 510

IM moderada (IM = 2) n = 303 p valor

Tipo de válvula

Balón-expandible	80/506 (15,8%)	114/297 (38,4%)	p = 0,001
Auto-expandible	426/506 (84,2%)	183/297 (61,6%)	
Implante exitoso	480/499 (96,2%)	282/297 (94,9%)	p = 0,402
Embolización valvular	1/510 (0,2%)	7/303 (2,3%)	p = 0,005
Evento cerebrovascular	17/440 (3,9%)	1/120 (1%)	p = 0,141
Implante marcapasos	104/448 (23,2%)	69/263 (26,2%)	p = 0,365
Fibrilación auricular <i>de novo</i>	28/317 (8,8%)	20/213 (9,4%)	p = 0,827
BRIHH <i>de novo</i>	141/320 (44,1%)	102/218 (46,8%)	p = 0,533
Insuficiencia aórtica III-IV	8/481 (1,7%)	6/250 (2,4%)	p = 0,374
Estancia (días)	5,6 ± 3,5	10,1 ± 8,9	p = 0,001
Muerte intrahospitalaria	25/510 (4,9%)	13/303 (4,3%)	p = 0,690
NYHA III-IV a 1 mes	3/382 (1%)	9/92 (9,8%)	p = 0,001
Hospitalización a 1 mes	15/384 (3,9%)	11/106 (10,4%)	p = 0,009
Muerte a 1 mes	32/510 (6,3%)	20/302 (6,6%)	p = 0,908
NYHA III-IV a 6 meses	9/350 (2,6%)	9/83 (10,8%)	p = 0,001
Hospitalización a 6 meses	17/364 (4,7%)	11/91 (12,1%)	p = 0,008
Muerte a 6 meses	48/510 (9,4%)	36/302 (11,9%)	p = 0,257
Muerte cardiovascular	25/45 (56%)	18/42 (43%)	p = 0,196

**Conclusiones:** La presencia de IM moderada no afectó a la mortalidad a corto y medio plazo después de la TAVI, pero se asoció a más rehospitalizaciones y peor clase funcional en el seguimiento. La presencia concomitante de IT moderada/grave condicionó una mayor mortalidad, lo que sugiere que se debe realizar una evaluación precisa de los mecanismos de este problema para determinar la mejor estrategia terapéutica y evitar la futilidad de la TAVI.