



6025-253. ¿SON TODAS LAS INSUFICIENCIAS TRICUSPÍDEAS GRAVES IGUALES?

José María Vieitez Flórez¹, Juan Manuel Monteagudo Ruiz¹, Patricia Mahía Casado², Leopoldo Pérez², Teresa López Fernández³, Irene Marco Clement³, Fernando Carrasco Chinchilla⁴, Antonio Adeba García⁵, Jesús M. de la Hera Galarza⁵, Marta Sitges Carreño⁶, Rocío Hinojar Baydes¹, Covadonga Fernández-Golfín Lobán¹ y José Luis Zamorano Gómez¹, del ¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, ²Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ³Hospital Universitario La Paz, Madrid, ⁴Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, ⁵Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) y ⁶Hospital Clínic, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: A raíz de las nuevas intervenciones percutáneas de la IT, se ha propuesto una nueva calcificación (añadiendo el grado grave y torrencial) que parece adaptarse mejor a la estratificación de los pacientes y la evaluación de los resultados. Sin embargo, apenas disponemos de estudios evaluando las diferencias entre los pacientes con IT grave y los pacientes con IT masiva o torrencial.

Métodos: Estudio prospectivo multicéntrico en el que han participado 10 hospitales terciarios españoles. Se recogieron todos los ecocardiogramas realizados consecutivamente durante 3 meses. Todos los estudios con IT mayor o igual a grave fueron analizados. La gravedad se evaluó según la clasificación propuesta por Hahn y Zamorano que añade los grados masivo y torrencial. Posteriormente se comparó a los pacientes con IT grave con aquellos con IT masiva o torrencial.

Resultados: Se analizaron un total de 644 pacientes con IT mayor o igual a grave. De estos, 540 (83,9%) presentaron IT grave, 83 (12,9%) IT masiva y 21 (3,3%) IT torrencial. Las características basales de ambos grupos se muestran en la tabla. El 79% del total de pacientes se encontraba en clase ? 2 de la NYHA. No se encontraron diferencias en cuanto a clase funcional o prevalencia de FA entre grupos. En el grupo masiva/torrencial se observó mayor porcentaje de pacientes con dispositivos intracardiacos (29,8 frente a 19,1%; $p = 0,014$). En cuanto al remodelado del VD, en el grupo masivo/torrencial se encontró una dilatación del VD (definido como diámetro telediastólico basal > 42 mm) en el 84,1% de los pacientes respecto al 57% de los pacientes con IT grave ($p 0,005$). También se encontraron diferencias en el área de la aurícula derecha (AD) ($21 \pm 0,8$ cm²/m² en IT masiva/torrencial frente a $17,2 \pm 0,3$ cm²/m² en IT graves; $p 0,005$) y en el diámetro del anillo mitral ($26,7 \pm 0,6$ cm/m² en IT masiva/torrencial frente a $23,6 \pm 0,3$ cm/m²; $p > 0,005$). No hubo diferencias en cuanto a la función ventricular del VD (medido como desplazamiento sistólico del plano del anillo tricuspídeo o TAPSE 17 mm).

Características basales de las poblaciones

Variable	Grave	Masiva/torrencial	p
IMC	26,6 ($\pm 0,3$)	26,4 ($\pm 0,6$)	0,350

Mujeres	336 (62%)	69 (66%)	0,438
Fibrilación auricular	298 (55%)	61 (59%)	0,514
Edad (años)	76,5 (\pm 0,5)	77,5 (\pm 1,1)	0,209

Conclusiones: En este gran estudio multicéntrico se demuestra como las IT masivas/torrenciales se asocian con un mayor grado de remodelado del VD y la AD, que refleja el mayor grado de sobrecarga de las cavidades derechas. Son necesarios más estudios para definir las implicaciones pronósticas de nuestros resultados y su importancia en la toma de decisiones.