



6064-477. REPARACIÓN MITRAL TRANSCATÉTER COMO "ESTRATEGIA PUENTE" EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

Antonio Portolés Hernández¹, Laura Pérez Gómez¹, Cristina Daniela Mitroi¹, Manuel Gómez Bueno¹, Javier Segovia Cubero¹, Susana Mingo Santos¹, Vanessa Moñivas Palomero¹, Rodrigo Estévez Loureiro² y Francisco José Hernández Pérez¹

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid). ²Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra).

Resumen

Introducción y objetivos: El trasplante cardiaco (TC) es el tratamiento de elección en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) avanzada. La escasez de donantes, la presencia de contraindicaciones potencialmente reversibles y el aumento de los tiempos de espera obligan a buscar alternativas como “estrategia puente”. El objetivo es analizar la utilidad de la reparación mitral transcáteter (RMT) como “puente a la decisión” en el tratamiento de pacientes con IC avanzada e insuficiencia mitral (IM) secundaria grave candidatos a TC.

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico de pacientes con IC avanzada e IM grave (grado 3-4) candidatos a TC y sometidos a RMT. Se analizó la evolución tras el implante y se compararon las características de los pacientes en función de dicha evolución. Se definió evolución desfavorable como la necesidad de entrar en lista de TC, más de un ingreso por IC, el implante de un dispositivo de soporte circulatorio mecánico (SMC) o la muerte.

Resultados: 14 pacientes se sometieron a RMT como “puente a la decisión” entre julio-2015 y octubre-2019 (86% varones, 60 [54-63] años). El 64% había ingresado el año previo por IC. El éxito del procedimiento fue del 86%. Tras una mediana de seguimiento de 369 [187-682] días, 7 pacientes evolucionaron favorablemente, con clase funcional (CF) media de la NYHA 2 ± 0 . Los otros 7 evolucionaron desfavorablemente: 6 entraron en lista de TC tras una mediana de 119 [69-408] días tras la RMT, y 1 precisó del implante urgente de un dispositivo de SCM a los 187 días. Los 7 pacientes con evolución desfavorable reingresaron por IC ($2,0 \pm 1,1$ ingresos por paciente). De los pacientes que entraron en lista, 3 continúan en ella y 3 se trasplantaron. Tras un seguimiento clínico y ecocardiográfico de 179 [46-447] días, el grupo con evolución favorable presentó una mejor CF de la NYHA ($2,0 \pm 0$ vs $3,7 \pm 0,5$, $p = 0,001$) y mayor consumo pico de oxígeno ($VO_{2\text{máx}}$) ($18,6 \pm 2,8$ vs $11,6 \pm 4,1$ ml/kg/min, $p = 0,055$), gasto cardiaco (GC) ($3,1 \pm 0,5$ vs $2,3 \pm 0,7$ L/min, $p = 0,046$) y fracción de acortamiento del ventrículo derecho (VD) ($45,4 \pm 4,9$ vs $30,5 \pm 9,6\%$, $p = 0,04$).

Comparación de las características clínicas y ecográficas tras el procedimiento en función de si la evolución fue favorable o no

Variable	Evolución favorable (n = 7)	Evolución desfavorable (n = 7)	Valor p
	Media tras procedimiento	Media tras procedimiento	
NYHA (clase I a IV)	2,0	3,7 ± 0,5	0,001
VO2 máx (ml/kg/min)	18,6 ± 2,8	11,6 ± 4,1	0,055
NTproBNP (pg/ml)	3.739 ± 3.772	6.454 ± 4.257	0,231
IM (grado I a IV)	1,4 ± 0,8	2,4 ± 1,1	0,079
FEVI (%)	27,6 ± 10,4	27,1 ± 6,1	0,917
VTDVI (ml/m ²)	124,3 ± 49,0	125,1 ± 34,3	0,975
SGLVI	-9,8 ± (-2,4)	-9,6 ± (-4,4)	0,941
GC (L/min)	3,1 ± 0,5	2,3 ± 0,7	0,046
PSAP (mmHg)	52,6 ± 16,4	47,5 ± 17,6	0,621
TAPSE (mm)	18,4 ± 3,9	15,8 ± 5,4	0,326
Onda S (cm/s)	9,3 ± 1,7	9,0 ± 1,8	0,730
FAC VD (%)	45,4 ± 4,9	30,5 ± 9,6	0,04
SGLVD	-17,3 ± (-5,1)	-14,6 ± (-6,4)	0,294
SPLVD	-18,5 ± (-5,4)	-15,4 ± (-6,1)	0,227

VTDVI: volumen telediastólico del ventrículo izquierdo; GC: gasto cardiaco; SGLVI: strain global longitudinal del VI; SGLVD: strain global longitudinal del VD; SPLVD: strain de la pared libre del VD; VO2 máx: consumo máximo de O2.

Conclusiones: La “estrategia puente” de RMT es segura y permitió diferir la necesidad de inclusión en lista de espera de TC u otras terapias avanzadas en la mitad de pacientes tras más de 1 año de seguimiento mediano. Esta mejoría clínica se asoció a mejoría de CF, VO₂máx, GC y parámetros de función del VD.