Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 200

Revista Española de Cardiología

2. ACOPLAMIENTO VENTRÍCULO-ARTERIAL DERECHO EN LA EVOLUCIÓN DE LA INSUFICIENCIA TRICÚSPIDE TRAS REPARACIÓN PERCUTÁNEA BORDE-A-BORDE

María Anguita Gámez, Rimsky Bassa, Juan Pedro Bourdin, Patricia Mahía Casado, Pedro Marcos-Alberca, José Juan Gómez de Diego, Carmen Olmos Blanco, Matias Mon Noboa, Juan Carlos Gómez Polo, Antonio Fernández Ortiz, Pilar Jiménez Quevedo, Luis Nombela Franco, Julián Pérez-Villacastín Domínguez, José Alberto de Agustín Loeches y Eduardo Pozo Osinalde

Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La reparación tricúspide percutánea borde-a-borde (RTBB) ha emergido como una terapia alternativa a la cirugía en pacientes con insuficiencia tricúspide (IT) significativa y riesgo quirúrgico elevado. Asimismo, el acoplamiento ventrículo-arterial derecho (VD-AP) se ha revelado como un predictor pronóstico en IT grave. Nuestro objetivo es analizar la evolución del acoplamiento VD-AP en pacientes sometidos a RTBB.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes sometidos a RTBB en nuestro centro terciario. Se analizaron los parámetros de VD del ecocardiograma transtorácico (ETT) basal y a los 3 meses del procedimiento. Se estimó el acoplamiento VD-AP como la relación del TAPSE y del *strain* global longitudinal de pared libre de VD (SGL-PLVD) con la presión sistólica de arteria pulmonar (PSAP), acoplamiento TAPSE-AP y *strain*-AP respectivamente. Se evaluó el cambio evolutivo del acoplamiento VD-AP mediante la W de Wilcoxon. Se estudió la asociación del acoplamiento VD-AD con la IT residual significativa (> 2/5) en el seguimiento precoz con la U de Mann-Whitney.

Resultados: Se incluyeron 29 pacientes (79,3% mujeres, 79 [75-82] años). El grado de IT basal: grave en 21 (72,4%), masivo en 7 (24,1%) y torrencial en 1 paciente (3,4%). Dentro del mecanismo de la valvulopatía, el 75,9% era de origen funcional y el 24,1% mixto. Las características ecocardiográficas peri y posprocedimiento más relevantes se muestran en la tabla. Se evidenciaron cambios significativos en el acoplamiento TAPSE-AP (0,41 vs 0,60; p 0,001) y en el *strain*-AP (-0,32 vs -0,66; p = 0,001), a expensas de diferencias significativas tanto en la PSAP (45 vs 29 mm Hg; p 0,001) como en SGL-PLVD (-15,7 vs -20,5%; p = 0,022). A los 3 meses del procedimiento el 20,7% presentaba IT significativa. De todas las variables evaluadas únicamente la PSAP (47 vs 27 mmHg; p = 0,027) y la diferencia de acoplamiento *strain*-AP (-0,19 vs -0,46; p = 0,05) a los 3 meses se asociaron a la presencia de IT significativa en el seguimiento precoz.

Parámetros ecocardiográficos peri y posprocedimiento.

Válvula tricúspide tipo I	17 (58,6%)

Un solo jet de regurgitación	19 (65,5%)
Jet de localización anteroseptal/central	23 (79,3%)
Velo septal restrictivo	2 (6,9%)
Clip en posición anteroseptal	28 (96,6%)
Implante de > 1 clip	20 (69%)
IT significativa tras procedimiento inmediato	4 (13,8%)
IT significativa intrahospitalaria	3 (10,3%)
IT significativa a los 3 meses	6 (20,7%)

Conclusiones: La RTBB se relaciona con una mejoría precoz significativa del acoplamiento VD-AD. Asimismo, una menor mejoría del acoplamiento *strain*-AP basal se asoció con mayor incidencia de IT residual significativa a los 3 meses. Por tanto, este parámetro puede ser relevante en el seguimiento tras esta técnica percutánea.