



4001-4. INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA ATRIAL Y VENTRICULAR: DIFERENCIAS MORFOLÓGICAS E IMPLICACIÓN PRONÓSTICA. RESULTADOS DEL REGISTRO MULTICÉNTRICO DE RMC

Rocío Hinojar Baydes¹, Sara Rodríguez Diego², Rocío Eiros Bachiller², Noemi Ramos³, José Fernando Rodríguez Palomares³, Manuel Barreiro Pérez⁴, María José Calero Rueda⁵, Ana García Martín¹, Ariana González Gómez¹, Juan Manuel Monteagudo Ruiz¹, Pablo Martínez Vives¹, Cristina García Sebastián¹, Irene Carrión Sánchez¹, Covadonga Fernández Golfín¹ y José Luis Zamorano Gómez¹

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España, ²Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España, ³Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España, ⁴Complejo Hospitalario Universitario de Vigo-Xeral-Cies, Vigo (Pontevedra), España y ⁵Hospital Infanta Elena, Valdemoro (Madrid), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia tricuspídea (IT) grave secundaria o funcional es el fenotipo más frecuente de IT; sin embargo, dos entidades diferentes de IT funcional pueden conducir a la aparición y progresión de esta valvulopatía. Mientras que la IT funcional auricular (IT-A) es un fenotipo recientemente descrito asociado a la dilatación del anillo en relación a la fibrilación auricular (FA), la IT funcional ventricular (IT-V) se ha relacionado con el *tenting* de los velos en relación a la dilatación del VD secundario a hipertensión pulmonar. El objetivo de este estudio fue evaluar las diferencias morfológicas por resonancia magnética cardiaca (RMC) así como la evolución clínica en la IT-A en comparación con la IT-V en una cohorte multicéntrica de pacientes con IT grave.

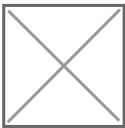
Métodos: Este estudio observacional incluyó pacientes con IT grave valorados por ecocardiografía sometidos a un estudio contemporáneo de RMC, procedentes de 5 centros hospitalarios españoles. IT-A se definió por: 1) fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) > 50%, 2) fibrilación auricular permanente y 3) presión sistólica de la arteria pulmonar 50 mmHg. Los pacientes que no cumplieran estos criterios fueron clasificados como IT-V. Se excluyeron pacientes con IT primaria y asociadas a cables de dispositivos. Se definió un *endpoint* combinado de ingreso hospitalario por insuficiencia cardiaca (IC) y mortalidad por todas las causas.

Resultados: Se incluyó un total de 280 pacientes (72 ± 10 años, 68% mujeres, 76% NYHA I o II). La IT-A mostró una mayor prevalencia en mujeres ($p = 0,04$). No se observó diferencias significativas respecto a la clase funcional NYHA entre IT-A vs IT-V. En cuanto a las variables de imagen, la IT-A mostró menores volúmenes telediastólicos (VTD) y telesistólicos (VTS) del ventrículo derecho (VD) y mayor FEVD. El volumen de la aurícula derecha (AD) fue superior en la IT-A ($p = 0,01$). Respecto a la relación entre VD/AD, la IT -A mostró menores ratios de volumen VD/AD en comparación con la IT-V. Los pacientes con IT-A mostraron mayor FEVI comparada con la IT -V ($p 0,001$). Tras una mediana de seguimiento de 28 meses (rango: 10-54 meses), el 40% de la población sufrió un evento combinado (58 pacientes fallecieron y 99 ingresaron por un episodio de insuficiencia cardiaca). La supervivencia acumulada libre de eventos fue significativamente superior en la IT-A comparada con la IT-V (29 vs 53%, $p 0,001$, figura). La etiología de la IT se asoció al evento combinado independientemente de la edad, el género, la clase funcional NYHA, del

volumen del VD, de la FEVD y FEVI (HR para IT ventricular 1,88 [1,26-2,79], p = 0,002).

Diferencias entre IT atrial y ventricular			
Variable	IT atrial, n = 143	IT ventricular, n = 137	p
Edad, años	73 ± 9	72 ± 11	0,15
Mujeres, n (%)	105 (73)	85 (62)	0,04
NYHA I o II, n (%)	114 (83)	99 (72)	0,53
Enfermedad coronaria, %	13 (9)	19 (14)	0,07
Asma o EPOC, n, %	14 (10)	26 (19)	0,04
Insuficiencia renal, n, %	24 (17)	28 (20)	0,08
Imagen	71 ± 19	77 ± 29	0,27
VTD-VI index, ml/m ²			
Fracción eyección VI%	57 ± 9	53 ± 12	0,004
Volumen de AI, ml/m ²	91 ± 46	97 ± 59	0,38
VTD-VD, ml/m ²	93 ± 37	103 ± 36	0,01
VTS-VD, ml/m ²	38 ± 21	46 ± 23	0,03
Fracción eyección VD, %	60 ± 9	56 ± 10	0,003
Anillo tricuspídeo (máximo diámetro), mm	46 ± 7	43 ± 6	0,07
Volumen de AD, ml/m ²	103 ± 98	75 ± 44	0,01
Ratio VTD-VD/AD	1,2 ± 0,7	1,9 ± 0,6	0,01

Ratio VTS/AD	0,5 ± 0,3	0,78 ± 1,2	0,01
Volumen regurgitante IT, ml	37 ± 30	45 ± 22	0,08
Eventos	46 (32)	62 (45)	0,019
Ingresos por IC			
Mortalidad por todas las causas	22 (15)	37 (27)	0,014



Kaplan Meier.

Conclusiones: La IT funcional atrial muestra rasgos morfológicos diferentes de la IT ventricular. En una cohorte multicéntrica de IT demostramos peor evolución clínica en los pacientes con IT ventricular.