Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 277

Revista Española de Cardiología

4011-4. EL PAPEL DEL CATETERISMO DERECHO EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A REPARACIÓN VALVULAR TRICUSPÍDEA BORDE A BORDE, DATOS DEL REGISTRO TRI-SPA

Berenice Caneiro-Queija[1], Julio Echarte-Morales[1], Manuel Barreiro Pérez[2], Tomás Benito-González[3], Ruth Pérez Fernández[4], Iván Gómez Blázquez[5], Ignacio J. Amat Santos[6], Ignacio Cruz González[7], Ángel Sánchez Recalde[8] y Rodrigo Estévez Loureiro[1]

[1]Cardiología Intervencionista. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), España, [2]Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), España, [3]Cardiología Intervencionista. Complejo Asistencial Universitario de León, León, España, [4]Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España, [5]Cardiología Intervencionista. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España, [6]Cardiología Intervencionista. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España, [7]Cardiología Intervencionista. Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca, España y [8]Cardiología Intervencionista. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La reparación valvular tricuspídea borde a borde (T-TEER) no se recomienda en pacientes con hipertensión pulmonar grave (HTP) debido al mal pronóstico y alto riesgo. Estudios iniciales de T-TEER han reportado una incidencia de HTP registrada de modo invasivo (iHTP + = Presión arterial pulmonar sistólica (sPAP) > 50 mmHg) de un 50% contribuyendo a empeorar el pronóstico de los pacientes. Nuestro objetivo es analizar el pronóstico y eventos de los pacientes con iHTP+ sometidos a T-TEER en nuestro medio.

Métodos: Analizamos 195 pacientes incluidos en el registro TRI-SPA sometidos a T-TEER por insuficiencia tricuspídea (IT) grave entre junio 2020 y mayo 2023. Todos los pacientes tenían datos de iHTP procedentes del cateterismo derecho realizado antes de la intervención. Estratificamos a los pacientes en 2 grupos: 1) iHTP+ si sPAP > 50 mmHg y 2) iHTP-si sPAp 50 mmHg. Para todos los cálculos se empleó el paquete estadístico de Stata 15.0. El objetivo primario fue un combinado de mortalidad, hospitalización por insuficiencia cardiaca (IC) y reintervención valvular tricuspídea al año. Entre los objetivos secundarios se incluyó un análisis de riesgos competitivos de Fine-Gray para hospitalización por IC.

Resultados: Edad media de 75,6 ± 8 años (66% mujeres), 71% en clase New York Heart Association (NYHA) III-IV. Según los grupos establecidos 161 pacientes resultaron iHTP- y 34 pacientes iHTP+. No hubo diferencias en cuanto a edad, sexo, clase NYHA, FRCV o bilirrubina. Los pacientes iHTP+ tenían significativamente presencia de enfermedad pulmonar obstructiva (p = 0,008) y valores más bajos de hemoglobina (p = 0,023). No se encontraron diferencias en cuanto a la función sistólica del ventrículo derecho (p = 0,309). Al año de seguimiento un 13% de los pacientes había alcanzado el objetivo primario. Los pacientes con iHTP+ tenían peor pronóstico incluyendo mortalidad, hospitalización por IC y reintervención (p = 0,04). Además, los pacientes iHTP+ tenían 3 veces mayor riesgo de hospitalización por IC (sHR 2,93, IC95% 1,43-5,98) (figura).

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes sometidos a T-TEER la presencia de iHTP resulta menos prevalente de lo anteriormente descrito. Sin embargo, el pronóstico de estos pacientes es significativamente peor incluso en un corto periodo de seguimiento. El alto riesgo de hospitalización por IC encontrado en esta cohorte de pacientes podría traducir un estado avanzado de IC.