



6122-5. REPARACIÓN MITRAL TRANSCATÉTER COMO ESTRATEGIA PUENTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

Jorge de la Fuente García, Susana Mingo Santos, María del Trigo Espinosa, Sara Navarro Rico, Manuel Gómez Bueno, Francisco Hernández Pérez, Cristina Daniela Mitroi, Jesús González Mirelis, Paula Martínez Santos, Juan Francisco Oteo Domínguez, Arturo García Touchard, Mercedes Rivas Lasarte y Vanessa Moñivas Palomero

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España.

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 reversibles y el aumento de los tiempos de espera obligan a buscar alternativas como estrategia puente. El objetivo es analizar que parámetros ecocardiográficos pueden ser útiles para identificar a pacientes de mayor riesgo de eventos durante el seguimiento tras la reparación mitral percutánea (RMP).

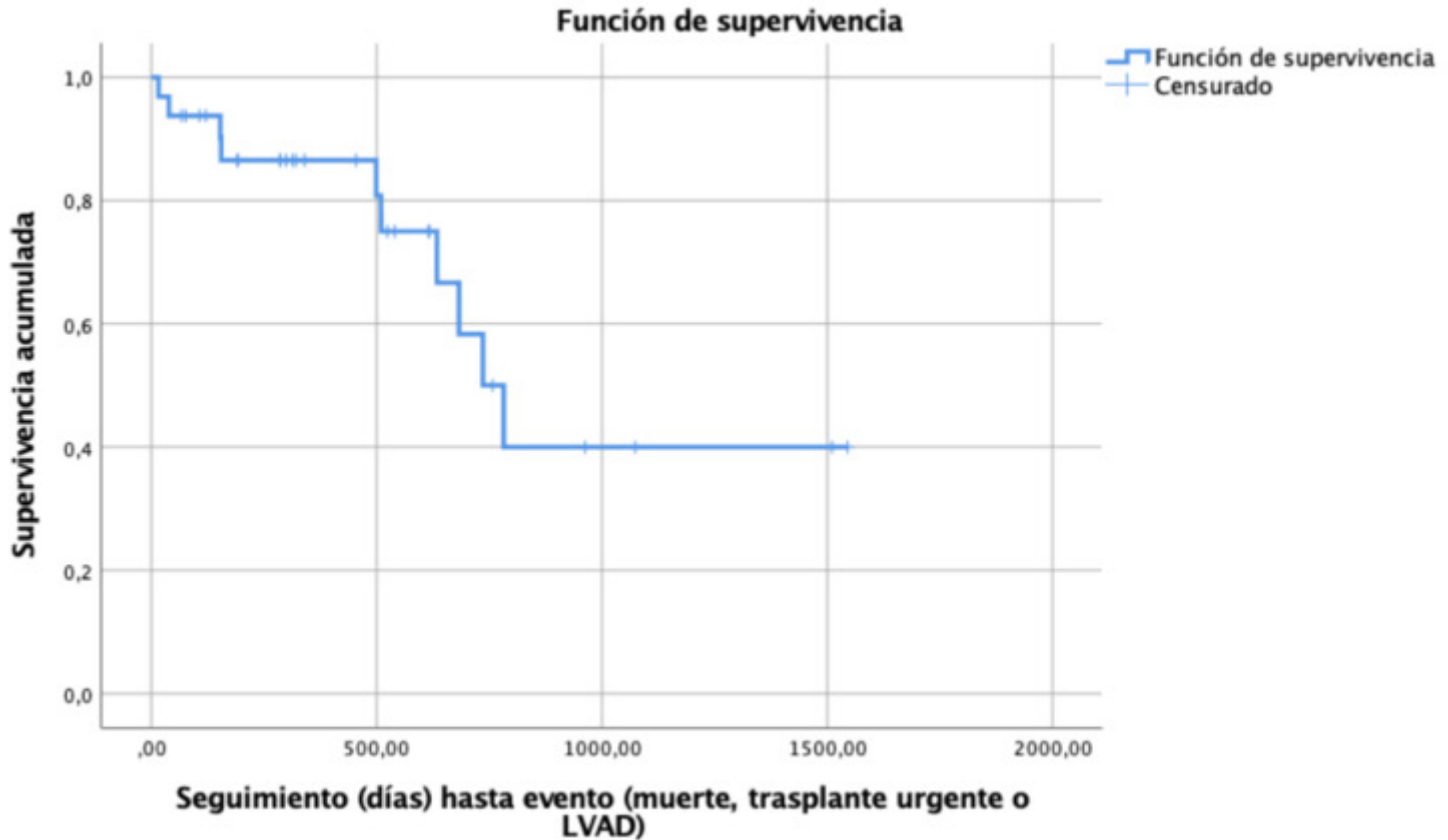
Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico de pacientes con IC avanzada e insuficiencia mitral (IM) grave (grado 3-4) candidatos a TC y sometidos a RMP. Se analizaron los parámetros clásicos y de deformación miocárdica con *software* Tomtec como posibles predictores del evento primario (1º) muerte, trasplante cardiaco urgente e implante de asistencia ventricular izquierda (LVAD).

Resultados: Un total de 32 pacientes con IC avanzada tipo Mitrabridge se sometieron a RMP entre julio de 2017 y diciembre de 2023 (90% varones, $59 \pm 9,7$ años de media). Respecto a la indicación, 2 pacientes estaban en lista de espera de TC, 27 como puente a la decisión y 3 como puente a la candidatura. El 90% se encontraba en clase funcional (CF) III - IV. El 87% había ingresado el año previo por IC. El éxito del procedimiento fue del 90%. La mediana de seguimiento fue 532 [RIC 250-942] días. Respecto a los pacientes con eventos, se analizaron 3 grupos. Grupo 1 pacientes como puente a la decisión: el 37% presentaron el *endpoint* primario (1º); 4 presentaron *exitus*, 2 fueron trasplantados de forma urgente y en 4 pacientes se implantó una LVAD. Además, hubo 3 TC de forma electiva. Grupo 2 pacientes como puente a la candidatura: no presentaron el *endpoint* 1º. Un paciente se trasplantó de forma electiva. Grupo 3 pacientes en lista TC: no presentaron el *endpoint* 1º. Dos pacientes pudieron llegar al TC de forma electiva. La tabla muestra las diferencias de las características basales entre pacientes que padecieron el *endpoint* 1º y los que no. La figura muestra la curva de supervivencia para el *endpoint* 1º en población Mitrabridge.

Comparación de las características analíticas y ecocardiográficas basales en función de padecer o no el *endpoint* 1º

| Variable | Evolución favorable (n = 22) | Evolución desfavorable (n = 10) | p |
|---------------------------------|-------------------------------------|--|----------|
| NT-proBNP (pg/ml) | 2.795 (RIC 1.982-6.770) | 7.489 (RIC 1.972-10.966) | 0,125 |
| IM (vena contracta, mm) | 7,8 ± 1,36 | 8 ± 2,6 | 0,8 |
| FEVI (%) | 29,31 ± 6,64 | 26,3 ± 5,3 | 0,2 |
| VTDVI (ml/m²) | 128,8 ± 54,88 | 122,96 ± 28,16 | 0,75 |
| DTSVI (mm) | 55,9 ± 12,5 | 62,1 ± 6,97 | 0,16 |
| SGLVI (%) | -10,51 ± (-3,68) | -8,81 ± (-2,4) | 0,22 |
| GC (L/min) | 3,24 ± 0,96 | 3,47 ± 1,48 | 0,62 |
| PSAP (mmHg) | 47 ± 13,22 | 51,4 ± 14,1 | 0,4 |
| TAPSE (mm) | 18 ± 3,5 | 15,9 ± 3,18 | 0,12 |
| Onda S (cm/s) | 9,92 ± 2,15 | 8,64 ± 2,16 | 0,13 |
| FAC VD (%) | 32,3 ± 7,7 | 26,26 ± 7,2 | 0,13 |
| SPLVD (%) | -15,98 ± (-4,7) | -13,41 ± (-4,2) | 0,16 |
| AC TAPSE/PSAP | 0,41 ± 0,14 | 0,33 ± 0,12 | 0,13 |
| AC SPLVD/PSAP | 0,38 ± 0,17 | 0,29 ± 0,13 | 0,28 |

AC: acoplamiento; FAC VD: fracción de acortamiento del ventrículo derecho IM: insuficiencia mitral; NT-proBNP (fracción aminoterminal del propéptido natriurético cerebral); FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; VTDVI: volumen telediastólico del ventrículo izquierdo; GC: gasto cardiaco; PSAP: presión sistólica de la arteria pulmonar; TAPSE: excursión sistólica anular del anillo tricúspide; SGLVI: *strain* global longitudinal del ventrículo izquierdo; SGLVD: *strain* global longitudinal del ventrículo derecho; SPLVD: *strain* de la pared libre del ventrículo derecho; VTDVI: volumen telediastólico del ventrículo izquierdo.



Curva de supervivencia para el endpoint 1° (muerte, trasplante cardiaco urgente o LVAD).

Conclusiones: La estrategia puente de RMT es segura y efectiva. Permite trasplantar un 15% de pacientes y diferir la necesidad de inclusión en lista de espera de TC u otras terapias avanzadas en el 43% de pacientes tras más de 1 año de seguimiento.