



6030-184. EVOLUCIÓN DE LOS PARÁMETROS ECOCARDIOGRÁFICOS Y DE CONGESTIÓN TRAS TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE LA INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA GRAVE MEDIANTE TERAPIA DE APROXIMACIÓN BORDE A BORDE

Basilio Angulo Lara, Susana Mingo Santos, María del Trigo Espinosa, Esther Montero Hernández, Juan Francisco Oteo Domínguez, Arturo García Touchard, Paula Martínez Santos, Sara Navarro Nieto y Vanessa Moñivas Palomero

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

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia tricuspídea (IT) se asocia a aumento de morbimortalidad y signos de insuficiencia cardiaca derecha (ICD). Recientemente se ha demostrado una mejoría en calidad de vida en los pacientes tratados con terapia de aproximación borde a borde. Nuestro objetivo es evaluar la evolución de parámetros de ventrículo derecho (VD) por ecocardiografía, así como los parámetros clínicos y analíticos relacionados con la ICD, en una población de la vida real.

Métodos: Analizamos prospectivamente los pacientes con implante de dispositivo borde a borde en posición tricuspídea (MitraClip 15%, Triclip 75%, Pascal 10%) como tratamiento de la IT grave entre 2018 y 2024 en nuestro centro. Se realizó cateterismo derecho previo para descartar hipertensión pulmonar precapilar. El seguimiento se realizó al mes y al año posimplante.

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes con edad media de $71,9 \pm 10,2$ años, 64% mujeres, EuroSCORE II $5,6 \pm 4,0\%$ y TRI-SCORE $4,2 \pm 2,1$. Un 49% tenían origen atrial, 36% ventricular, 5% inducido por cable de marcapasos y 10% primarias. La morfología de la válvula tricuspídea más frecuente fue tipo IIIb (54%). La vena contracta media fue de $11,0 \pm 2,8$ mm y el GAP de $6,7 \pm 1,5$ mm. La mediana de seguimiento fue 15 meses (RIC 8-32). El éxito del procedimiento fue del 87%, hubo 5 *partial detachment*, 2 de los cuales se reintervinieron mediante el implante de un dispositivo adicional. Durante el seguimiento se produjeron 6 *exitus*, 4 de ellos de causa cardiovascular; y 13 ingresos por IC de 8 pacientes. La implantación del dispositivo se asoció con una mejora de la clase funcional de la NYHA, una reducción del diámetro del VD, de la vena cava inferior y del flujo sistólico inverso en las venas suprahepáticas. Se observó una reducción de los ingresos por IC y una disminución de la dosis de diuréticos en el 23% de los pacientes al cabo de un mes y del 40% al año. Los parámetros de función sistólica del VD clásicos eran normales al inicio, salvo el *strain* lateral del VD, que estaba levemente reducido; y no hubo cambios significativos durante la evolución. Por otro lado, la PSAP se redujo de forma significativa.

Evolución de los parámetros clínicos, analíticos y ecocardiográficos al mes y al año del tratamiento percutáneo de la IT

Variable	Basal (n = 42)	1 mes (n = 41)	p	12 meses (n = 28)	p
NYHA > 3 (nº pacientes, %)	19 (45%)	1 (0,1%)	0,006	4 (14%)	0,001
Pacientes con edema MMII (nº pacientes, %)	23 (55%)	5 (11%)	0,001	7 (25%)	0,017
Pacientes con ascitis (nº pacientes, %)	15 (36%)	3 (6%)	0,001	4 (14%)	0,017
Insuficiencia tricúspide grado 2 (nº pacientes, %)	0 (0%)	36 (88%)	0,001	23 (85%)	0,001
Diámetro basal VD (mm)	47,62 (± 7,54)	45,66 (± 6,69)	0,047	44,24 (± 7,28)	0,001
TAPSE (mm)	18,95 (± 5,03)	18,56 (± 4,03)	0,369	19,08 (± 5,38)	0,397
Onda S' (cm/s)	10,84 (± 3,44)	9,82 (± 2,55)	0,007	10,08 (± 2,95)	0,079
FAC (%)	40,35 (± 9,27)	40,47 (± 8,77)	0,948	40,85 (± 7,38)	0,770
Strain pared lateral VD (%)	18,82 (± 4,67)	16,45 (± 8,29)	0,101	17,32 (± 5,20)	0,193
PSAP (mmHg)	46,08 (± 12,77)	37,55 (± 14,79)	0,001	41,10 (± 17,14)	0,018
Acoplamiento VA TAPSE/PSAP	0,43 (± 0,19)	0,51 (± 0,21)	0,016	0,58 (± 0,33)	0,073
Diámetro VCI (mm)	23,87 (± 5,33)	19,09 (± 6,00)	0,001	17,92 (± 5,36)	0,001
VTI flujo sistólico VVSSH(cm/s)	-7,93 (± 8,73)	-2,82 (± 6,22)	0,027	-2,25 (± 8,71)	0,057
Creatinina (mg/dL)	1,23 (± 0,54)	1,29 (± 0,49)	0,189	1,27 (± 0,53)	0,937
NT-proBNP (pg/ml)	2.463,31 (± 2.117,18)	2.106,97 (± 1.859,75)	0,450	2.799 (± 5.784,03)	0,667
Bilirrubina (mg/dL)	4,37 (± 0,91)	4,57 (± 0,35)	0,142	4,28 (± 0,73)	0,279

GGT (UI/l)	102,52 (± 99,97)	88,86 (± 86,22)	0,248	101,88 (± 88,72)	0,371
------------	------------------	-----------------	-------	------------------	-------

FAC: *Fractional Area Change*; IVT: integral velocidad-tiempo; NYHA: New York Heart Association; MMII: miembros inferiores; PSAP: presión sistólica de la arteria pulmonar; TAPSE: *Tricuspid Annular Plane Systolic Excursion*; VD: ventrículo derecho; VVSSH: venas suprahepáticas.



Gráficas con la evolución de los parámetros con cambios significativos al año. De izquierda a derecha: NYHA, Grado IT, Ingresos por IC, Diámetro VD, Diámetro VCI, Flujo reverso sistólico en VVSSH.

Conclusiones: En nuestra cohorte, el tratamiento borde a borde de la IT redujo los signos de ICD y los ingresos por IC, además de mejorar la clase funcional y el tamaño del VD, manteniendo estable la función del VD. A largo plazo permitió una reducción significativa de las dosis de diuréticos.