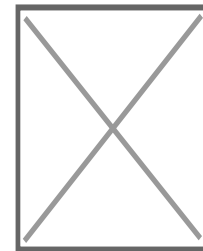




Revista Española de Cardiología



6013-142. ESTUDIO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL DE LA CIRUGÍA DE INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA EN 2017-18. ¿OPERAMOS TARDE O DEBEMOS ESPERAR A LAS TÉCNICAS PERCUTÁNEAS?

María Teresa González Alujas¹, Miguel Vives Borrás², Pere Pericas Ramis³, Susana Mingo Santos⁴, Gabriela Guzmán Martínez⁵, Guillem Casas Masnou¹, Irene Méndez Santos⁶, Nuria Vallejo Camazon⁷, Ariana González Gómez⁸ y Rocío García Orta⁹, del ¹Hospital General Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, ²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Barcelona, ³Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears), ⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), ⁵Hospital Universitario La Paz, Madrid, ⁶Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, ⁷Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), ⁸Hospital Ramón y Cajal, Madrid y ⁹Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción y objetivos: Objetivo: valorar en que pacientes se realiza cirugía de la válvula tricúspide por insuficiencia tricuspídea grave (IT), y analizar los resultados quirúrgicos. Registro realizado en los hospitales terciarios que se han querido adherir a incorporar sus datos, introduciendo en una base de datos *on line* todos los pacientes de estas características tratados quirúrgicamente durante 2017-18.

Métodos: Un total de 9 centros han participado en el estudio. La serie incluida consta de 71 pacientes que forman la muestra. Se analizaron los datos clínicos y ecocardiográficos obtenidos.

Resultados: Se incluyeron 71 pacientes, 68 ± 11 a, 56 mujeres (79%), 52 en FA (73%), 4 en ritmo de MCP. La etiología fue funcional en 50 pacientes (71%), y 20 presentaban *tenting* de sus velos (28%). Técnica quirúrgica: 49 anuloplastia con anillo protésico, 16 prótesis (5 mecánicas y 11 biológicas) y en los 6 restantes se realizó otro tipo de reparación. En 57 casos (80%), se asoció cirugía izquierda, que en ningún caso fue la indicación fundamental de la cirugía. Hubo 6 defunciones en periodo hospitalario, de los cuales 5 fueron de causa cardíaca. El análisis del tamaño y la función de ventrículo derecho, resultaron estadísticamente significativos para definir los pacientes de mayor riesgo quirúrgico, tal como muestra la tabla.

Variables que mostraron significación con la mortalidad hospitalaria en relación con el tamaño de ventrículo derecho

	Diámetro medio VD ≥ 40 mm (n: 46)	Diámetro medio VD > 40 mm (n: 25)	p
Edad	71 ± 10	64 ± 11	0,008

Diámetro anillo tricuspídeo (mm)	38 ± 10	42 ± 9	n.s.
Fracción acortamiento (%)	41,1 ± 5,7	32,3 ± 13,5	0,0001
Muerte por causa cardíaca	1	4	0,04
IT poscirugía moderada/grave	7 (15%)	4 (16%)	n.s.

Conclusiones: La cirugía de la IT grave evidencia buenos resultados, aunque muestra un 15% de IT poscirugía más que ligera, con una mortalidad del 8,5% en este registro. La selección de pacientes con menor riesgo quirúrgico basada en el tamaño y la función de ventrículo derecho parece tener un papel pronóstico en la mortalidad quirúrgica hospitalaria.