Rev Esp Cardiol. 2021;74(Supl 1): 1006

Revista Española de Cardiología

5028-4. CORRELACIÓN DE PARÁMETROS INTRAPROCEDIMIENTO Y DE SEGUIMIENTO COMO PREDICTORES DEL GRADO LA INSUFICIENCIA MITRAL DESPUÉS DE LA REPARACIÓN PERCUTÁNEA BORDE A BORDE

Alejandra Salinas Gallegos, Eduardo Pozo Osinalde, Ximena Gordillo, Pilar Jiménez Quevedo, Pedro Marcos Alberca, Patricia Mahía Casado, Gabriela Tirado Conte, José Juan Gómez de Diego, Carlos Macaya Miguel, Julián Pérez-Villacastín Domínguez, Antonio Fernández-Ortíz, Luis Nombela Franco y José Alberto de Agustín Loeches

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La reparación mitral percutánea borde a borde ha surgido como una terapia eficaz para el tratamiento de la insuficiencia mitral (IM) significativa en pacientes de alto riesgo quirúrgico. El ecocardiograma transesofágico (ETE) es fundamental para guiar el procedimiento y evaluar los resultados inmediatos, mientras que el ecocardiograma transtorácico (ETT) se utiliza en gran medida en el seguimiento. Sin embargo, no existe consenso sobre el mejor parámetro intraprocedimiento para evaluar la IM residual. Nuestro objetivo es evaluar el valor predictivo de diferentes parámetros de IM medidos en ETE intraprocedimiento y correlacionarlos con los ETT durante el seguimiento.

Métodos: Se consideraron todos los pacientes consecutivos sometidos a reparación mitral percutánea con el sistema MitraClip entre 2010 y 2020 en nuestro hospital universitario terciario. Se reevaluaron los parámetros de IM inmediatamente posteriores al procedimiento (número de chorros, vena contracta (VC) sumatoria y máxima, orificio regurgitante efectivo (ORE) 3D sumatorio y máximo, y parámetros de flujo de vena pulmonar (VP) de forma ciega a la clasificación de IM en el seguimiento con ETT.

Resultados: Se incluyeron 88 pacientes (64,8% varones) con una edad media de 76 ± 10 años. La IM basal se calificó de moderada a grave en 13 (14,8%) y grave en 75 (85,2%). La etiología de IM más frecuente fue secundaria (44,3%) seguida de primaria (35,2%) y mixta (20,5%). La distribución de la clasificación de la IM se mantuvo estable a 1 y 6 meses de seguimiento con ETT. Entre todos los criterios antes mencionados, solo la VC sumatoria y máxima se correlacionaron de forma consistente con los diferentes grados de IM en el seguimiento. Así, estos valores fueron capaces de identificar una IM ? 3 al mes y a los 6 meses (tabla). Además, en el análisis ROC, la VC máxima demostró un excelente poder discriminatorio para identificar una IM significativa a los 6 meses (fig.). Por tanto, un punto de corte de 0,45 cm fue capaz de predecir una IM ? 3 con un 88% de sensibilidad y un 89% de especificidad.

Diferencias de VC en ETE intraprocedimiento en relación con IM significativa en el seguimiento con ETT

1 mes 6 meses

IM significativa	IM no significativa	p	IM significativa	IM no significativa	p	
VC sumatoria (cm)	0,79 [0,48-1]	0,44 [0,31-0,65]	0,022	0,9 [0,6-1,13]	0,4 [0,3-0,59]	0
VC máxima (cm)	0,47 [0,35-0,54]	0,32 [0,25-0,4]	0,004	0,52 [0,47-0,6]	0,3 [0,22-0,4]	0

Curva ROC de VC máxima para la predicción de IM significativa a los 6 meses.

Conclusiones: La VC máxima y sumatoria intraprocedimiento se revelaron como los parámetros más consistentes para predecir la insuficiencia significativa en el seguimiento tras reparación mitral percutánea borde a borde.