Rev Esp Cardiol. 2021;74(Supl 1): 13

Revista Española de Cardiología

4002-6. ANÁLISIS DEL PAPEL PRONÓSTICO DEL *STRAIN* DEL VENTRÍCULO DERECHO EN LA INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA Y SU INTERACCIÓN CON LAS PRESIONES PULMONARES

Teresa Romero Delgado, Alejandro Travieso González, Tania Sonia Luque Díaz, Fabián Islas Ramírez, Carmen Olmos Blanco, Juan Carlos Gómez Polo, José Alberto de Agustín Loeches, Isidre Vilacosta, David Vivas Balcones y Patricia Mahía Casado

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia tricuspídea (IT) es una patología frecuente y que asocia peor pronóstico y calidad de vida. La disfunción del ventrículo derecho (VD) y la hipertensión pulmonar (HTP) son contraindicaciones para el tratamiento quirúrgico de la IT, pero se desconocen los puntos de corte apropiados para tomar decisiones clínicas en estos pacientes.

Métodos: A partir de una cohorte de 120 pacientes consecutivos con IT mayor o igual a moderada, se calculó el *strain* de la pared libre del VD (*Strain*-VD) como medida de la función sistólica del VD, y la presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP), mediante ecocardiografía transtorácica. Se evaluó la incidencia de muerte e ingresos por insuficiencia cardiaca (IC) a los 2 años de seguimiento.

Resultados: Basados en las curvas ROC, los puntos de corte óptimos para la detección del evento clínico fueron -16 Unidades de *Strain*-VD y 55 mmHg de PSAP, que presentan unas sensibilidades y especificidades de 61,2% y 64,2%, y de 59,7% y 62,3% respectivamente. La distribución de los valores de *Strain*-VD y PSAP se muestran en la figura A. Los pacientes fueron clasificados en 4 grupos según *Strain*-VD (-16 U) y PSAP (55 mmHg). Las características basales de los grupos resultantes se muestran en la tabla. Los pacientes con PSAP > 55 mmHg y *Strain*-VD reducido (> -16 U) mostraron una muy alta incidencia de muerte o ingreso por IC (80,0%). Aquellos con PSAP > 55 mmHg o *Strain*-VD reducido presentaron una incidencia de eventos intermedia (55,2%). En el análisis de la supervivencia, los pacientes con PSAP > 55 mmHg y *Strain*-VD mostraron un riesgo más de 3 veces mayor de presentar eventos comparado con los pacientes con PSAp 55 mmHg y *Strain*-VD preservado, independientemente de la función sistólica ventricular izquierda (FEVI) y de la gravedad de la IT (razón de riesgos (HR) ajustada 3,05; IC95% 1,39 - 6,72; p = 0,006; fig. B).

Características basales y eventos clínicos

Grupo	1	2	3	4	p

Strain-VD -16 & PSAp 55	*Strain*-VD 5 5	*Strain*-VD >-16 & PSAp 55	*Strain*-VD > -16 & PSAP > 55		
N (120)	32	30	28	30	
Características basales					
Edad	80,1 (± 8,5)	83,7 (± 6,2)	79,1 (± 10,1)	79,2 (± 12,8)	0,224
Sexo femenino	24 (75,0%)	26 (86,7%)	21 (75%)	17 (56,7%)	0,070
Diabetes	4 (12,5%)	8 (26,7%)	8 (28,6%)	9 (30,0%)	0,343
Fibrilación auricular	29 (90,6%)	26 (86,7%)	27 (96,4%)	24 (80,0%)	0,257
Cirugía mitral previa	8 (25,0%)	4 (13,3%)	12 (42,9%)	7 (23,3%)	0,079
Cirugía tricuspídea previa	2 (6,3%)	1 (3,3%)	1 (3,7%)	1 (3,3%)	0,927
Dispositivo de estimulación	9 (28,1%)	3 (10,0%)	6 (21,4%)	3 (10,0%)	0,162
NT-proBNP	1.566 (IQR 3.794)	3.391 (IQR 6.504)	3.956 (IQR 5.520)	5.507 (IQR 7.924)	0,004
NYHA III-IV	6 (18,8%)	10 (33,3%)	3 (10,7%)	10 (33,3%)	0,110
FEVI (%)	62,7 (± 11,1)	63,0 (± 8,8)	56,5 (± 11,1)	56,2 (± 13,5)	0,020
Vena contracta (mm)	0,80 (± 0,33)	0,76 (± 0,18)	0,87 (± 0,33)	0,72 (± 0,19)	0,189
Eventos clínicos a 2 años de seguimiento					

Muerte o ingreso por IC	11 (34,38%)	16 (53,33%)	16 (57,14%)	24 (80,00%)	0,004
Muerte	5 (15,6%)	11 (36,7%)	11 (39,3%)	18 (60,0%)	0,005
Muerte cardiovascular	0 (0%)	4 (13,3%)	5 (17,9%)	6 (20,0%)	0,076
Ingreso por IC	7 (21,9%)	11 (36,7%)	11 (39,3%)	14 (46,7%)	0,222

Las variables se representan como n (%) o media (desviación estándar). NYHA: New York Heart Association. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

Relación entre Strain-VD y PSAP, y eventos clínicos según la clasificación en 4 categorías.

Conclusiones: En pacientes con IT al menos moderada, un *Strain*-VD reducido (> -16 U) y una PSAP elevada (> 55 mmHg) identifican a pacientes con un riesgo muy alto de muerte o ingreso por IC a los 2 años de seguimiento.