



6057-3. EVOLUCIÓN DE PARÁMETROS ECOCARDIOGRÁFICOS Y DE CONGESTIÓN TRAS TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE LA INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA MEDIANTE DISPOSITIVO DE APROXIMACIÓN BORDE A BORDE

Basilio Angulo Lara¹, Susana Mingo Santos¹, Carlos Collado Macián¹, María del Trigo Espinosa¹, Sara Navarro Nieto¹, Daniel Escribano García¹, Rodrigo Estévez Loureiro², David Sánchez Ortiz¹, Francisco Javier Goicolea Ruigómez¹ y Vanessa Moñivas Palomero¹

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) y ²Hospital do Meixoeiro, Vigo (Pontevedra).

Resumen

Introducción y objetivos: Aproximadamente, un 4% de los sujetos mayores de 75 años presentan insuficiencia tricuspídea (IT) clínicamente relevante, lo que implica un aumento de la morbilidad y de la presencia de síntomas de insuficiencia cardíaca derecha (ICD). Recientemente, se han introducido nuevas técnicas de reparación transcáteter de la válvula tricúspide que buscan mejorar la evolución de estos pacientes. El objetivo de nuestro estudio es valorar la evolución de la función de ventrículo derecho en el ecocardiograma así como de los parámetros clínicos y analíticos relacionados con ICD.

Métodos: Se analizaron de forma retrospectiva los pacientes con implante de dispositivo borde a borde en posición tricuspídea (Mitraclip y Triclip) como tratamiento de IT grave entre 2018 y 2022 en nuestro centro. Realizamos seguimiento al mes y al año posimplante.

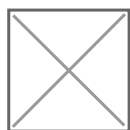
Resultados: Se analizaron un total de 18 pacientes, con una media de edad de $73 \pm 7,2$ años y TRI-SCORE $5 \pm 2,4$. 17 casos eran IT funcionales y 1 inducido por cable de marcapasos. La morfología de la válvula tricúspide según la clasificación de Rebecca Hahn fue: I 28,6% y IIIa 28,6%, IIIc 21,4%, IV 11,1% y II 5,6%. La vena contracta fue de $11,8 \pm 2,7$ y el gap máximo $6,1 \pm 2,1$. La mediana de seguimiento fue 351 días (RIC 140-499). El implante del dispositivo se asoció a una mejoría de la clase funcional según la NYHA tanto al mes como al año, reducción del diámetro basal del ventrículo derecho al mes, reducción del grado de IT, del diámetro de la vena cava inferior y del flujo sistólico reverso en venas suprahepáticas. Ocurrieron 3 eventos: 2 muerte de causa cardiovascular y 1 ingreso por IC. La insuficiencia renal y una presión de acoplamiento VA (TAPSE/PSAP) reducida con puntos de corte de 2,2 y 0,25 respectivamente, fueron los únicos factores asociados a eventos en el análisis univariante (fig.).

Características basales, al mes y al año de la población

Variable	Basal (n = 18)	Control 1 mes (n = 18)	p	Control 12 meses (n = 11)	p
----------	----------------	------------------------	---	---------------------------	---

NYHA	2,5 (± 0,5)	1,8 (± 0,5)	0,001	1,7 (± 0,7)	0,024
FAC (%)	41,4 (± 8,5)	39,7 (± 8,0)	0,545	43,6 (± 9,8)	0,214
Diámetro basal VD (mm)	50,9 (± 7,3)	46,2 (± 7,7)	0,007	44,6 (± 7,1)	0,099
Área AD (cm ²)	35,1 (± 14,8)	34,0 (± 13,4)	0,562	31,6 (± 12,6)	0,881
TAPSE (mm)	21,3 (± 6,0)	18,6 (± 4,8)	0,098	19,4 (± 6,6)	0,185
Onda S (cm/s)	12,1 (± 4,1)	10,0 (± 3,2)	0,019	10,5 (± 3,1)	0,196
Strain pared lateral VD (%)	19,1 (± 3,9)	17,7 (± 0,9)	0,643	15,1 (± 11,9)	0,401
PSAP estimada (mmHg)	47,8 (± 13,7)	45,0 (± 15,3)	0,300	48,9 (± 17,5)	0,638
Presión de acoplamiento	0,5 (± 0,2)	0,5 ± 0,2)	0,668	0,5 (± 0,3)	0,680
Grado IT	3,6 (± 0,5)	1,9 (± 0,7)	0,001	1,9 (± 0,8)	0,001
Diámetro VCI (mm)	25,6 (± 6,3)	21,1 (± 6,0)	0,001	19,9 (± 5,8)	0,004
IVT flujo sistólico en VVSSH	-11,5 (± 7,2)	-4,1 (± 7,5)	0,018	-2,2 (± 7,4)	0,022
Ratio IVT flujo sistólico/diastólico en VVSSH	-1,2 (± 0,8)	0,1 (± 1,3)	0,020	0,8 (± 3,1)	0,155

AD: aurícula derecha, IT: insuficiencia tricuspídea, IVT: integral velocidad-tiempo; ORE: orificio regurgitante efectivo, PSAP: presión sistólica de la arteria pulmonar, VCI: cava; VD: ventrículo derecho, VVSSH: venas suprahepáticas.



Curvas de supervivencia.

Conclusiones: La terapia borde a borde de la IT redujo precozmente los signos de congestión derecha, mejoró la clase funcional y el grado de IT, así como el tamaño del VD. Los pacientes con insuficiencia renal

y un menor acoplamiento ventrículo arterial preprocedimiento presentaron una mayor tasa de eventos en el seguimiento. El empleo de estas variables puede ayudar a identificar pacientes en los que el tratamiento es fútil.