



6050-14. CLASIFICACIÓN MORFOFUNCIONAL DE LA INSUFICIENCIA MITRAL FUNCIONAL. EPIDEMIOLOGÍA Y RELEVANCIA PRONÓSTICA

Andrés Provencio Regidor, Jesús Diz-Díaz, Eduardo Pozo Osinalde, Patricia Mahía Casado, Pedro Marcos Alberca, María Luaces Méndez, José Juan Gómez de Diego, Miguel Ángel Cobos Gil, Leopoldo Pérez de Isla, Julián Pérez-Villacastín Domínguez y José Alberto de Agustín Loeches

Instituto Cardiovascular, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia mitral se ha dividido clásicamente en orgánica y funcional (IMf) por su diferente etiopatogenia y pronóstico. Sin embargo, la IMf no es una entidad homogénea, pudiendo ser secundaria a dilatación del anillo, a dilatación y disfunción ventricular, o a restricción del velo posterior. Nuestro objetivo es valorar la epidemiología de estos subtipos de IMf y su impacto pronóstico.

Métodos: Se evaluaron retrospectivamente pacientes con IMf de nuestro centro con ecocardiograma transesofágico tridimensional (ETE-3D) entre 2016 y 2020. Se seleccionó a pacientes con IMf al menos moderada, orificio regurgitante efectivo (ORE) por ETE-3D $> 0,2 \text{ cm}^2$. Se clasificaron según mecanismo predominante: tipo 1 o disfunción ventricular, tipo 2 o restricción del velo posterior, y tipo 3 o dilatación anular. Se obtuvieron variables del ETE y del estudio transtorácico más cercano, de las características basales demográficas y clínicas, así como los eventos en la evolución, realizándose un análisis estadístico en función de los tipos de IMf.

Resultados: Se incluyeron 113 pacientes (65,5% varones, edad media de 72,4 años). El 54,9% tenía ingreso previo por IC, y el 53,1% antecedente de cardiopatía isquémica. El mecanismo de IMf más frecuentemente identificado fue tipo 1 (61,1%), seguido de tipo 3 (23,9%), y tipo 2 (15%). Hubo diferencias significativas en factores epidemiológicos y parámetros ecocardiográficos (tabla) entre los grupos. En el seguimiento fallecieron el 37,8%, y el 42,5% tuvo algún ingreso por IC. No se encontraron diferencias significativas entre los tipos de IMf en relación con la mortalidad total ($p = 0,15$), mortalidad por IC ($p = 0,13$), ingresos totales ($p = 0,7$) o ingreso por IC ($p = 0,27$). Se realizó intervención valvular en 52 pacientes (46%), 32 de ellos de forma percutánea con clip, sin diferencias en subtipos de IMf.

Aspectos epidemiológicos y ecocardiográficos en relación con los subtipos de IM funcional

Tipo de IM funcional

Tipo 1

Tipo 2

Tipo 3

p

69 (61,1%)	17 (15%)	27 (23,9%)		
Edad (años)	70,4	76,6	74,8	0,043
Sexo femenino	17 (24,6%)	5 (29,4%)	17 (63%)	0,002
DM	28 (40,6%)	7 (41,2%)	4 (14,8%)	0,048
HTA	52 (75,4%)	13 (76,5%)	21 (77,8%)	0,97
FA	33 (48,5%)	8 (24,8%)	23 (85,2%)	0,001
ERC	27 (39,7)	8 (47,1%)	6 (22,2%)	0,18
ORE 3D (cm ²)	0,53	0,57	0,5	0,64
FEVI bp (%)	32,9	45,1	57,4	0,001
VTDi (ml/m ²)	105,9	73,2	55	0,001

DM: diabetes mellitus. HTA: hipertensión arterial. FA: fibrilación auricular. ERC: enfermedad renal crónica. FEVI bp: fracción de eyección de ventrículo izquierdo biplano. VTDi: volumen telediastólico indexado.

Conclusiones: La IMf es una entidad heterogénea pudiéndose identificar morfotipos con distinta epidemiología y etiopatogenia. A pesar del diferente mecanismo, todos los subgrupos presentaron un mismo pronóstico desfavorable y con similar tasa de intervención.