

Fenotipo de regurgitación tricuspídea como predictor de resultador tras T-TEER: auricular vs ventricular

Manuel Cabello Terrón(1), Rasciad Mansour(2), Enrique Enrile Sánchez(1), Nouha Yacub Briceño(1), Juan Diego Martín Díaz(1), María Gaetano de Ferrari(2), Martín Ruiz Ortiz(1), Dolores Mesa Rubio(1), Manuel Pan Álvarez-Osorio(1) y Soledad Ojeda Pineda(1) de (1)Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba - España y (2)Cardiología. Hospital " Città della Salute e della Scienza", Turin (Italia) - Italia

Introducción: La insuficiencia tricuspídea secundaria (ITS) comprende dos fenotipos principales: la ITS auricular (ITSA) y la ITS ventricular (ITSV). El impacto de estos fenotipos en los resultados de la reparación transcatéter borde a borde de la válvula tricúspide (T-TEER) no está bien definido.
El objetivo de este estudio fue comparar los resultados del procedimiento y la evolución clínica a corto plazo entre pacientes con ITSA e ITSV tratados con T-TEER.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de un registro multicéntrico prospectivo que incluyó 71 pacientes consecutivos con ITS grave tratados en dos centros europeos. La ITSA se definió como FEVI preservada, función ventricular derecha normal, ausencia de valvulopatía izquierda y presiones pulmonares?50mmHg. Los pacientes restantes fueron clasificados como ITSV.
El objetivo primario fue el éxito del procedimiento (reducción de la insuficiencia tricuspídea [IT] ?2+) y el éxito clínico al mes, definido según criterios VARC como supervivencia sin eventos mayores, ausencia de fallo del dispositivo, mejoría funcional y reducción de la IT a grado? moderado. El objetivo secundario fue la mortalidad y la hospitalización por insuficiencia cardíaca a los 3 meses.

Resultados: De los 71 pacientes incluidos, 17(23,9%) presentaban ITSA y 54(76,1%) ITSV. Las características basales se recogen en la Tabla; la edad media fue de 75,3±10,7 años, el 35,2% eran varones y el 84,5% tenían fibrilación auricular. Los pacientes con ITSA mostraron mayor FEVI y TAPSE y menores presiones pulmonares ($p<0,05$ en todos los casos).
El éxito del procedimiento fue alto y similar entre grupos (88,2% en ITSA vs 92,6% en ITSV;p=0,625), al igual que el éxito clínico al mes (88,2% vs 87,0%;p=1,000). No obstante, la ITSA se asoció a una mayor tasa de reducción de la IT a?1+ durante el ingreso (82,4% vs 55,7%;p=0,042).
A los 3 meses, se observó una tendencia a menor mortalidad (0% vs 15%, p=0,177) y menor hospitalización por insuficiencia cardíaca(9,1% vs 35,0%,p=0,115) en ITSA, sin alcanzar significación estadística.

Conclusiones: La T-TEER es eficaz y segura en ambos fenotipos de ITS, aunque la ITSA se asocia a una mayor reducción de la IT y una evolución clínica potencialmente más favorable a corto plazo.

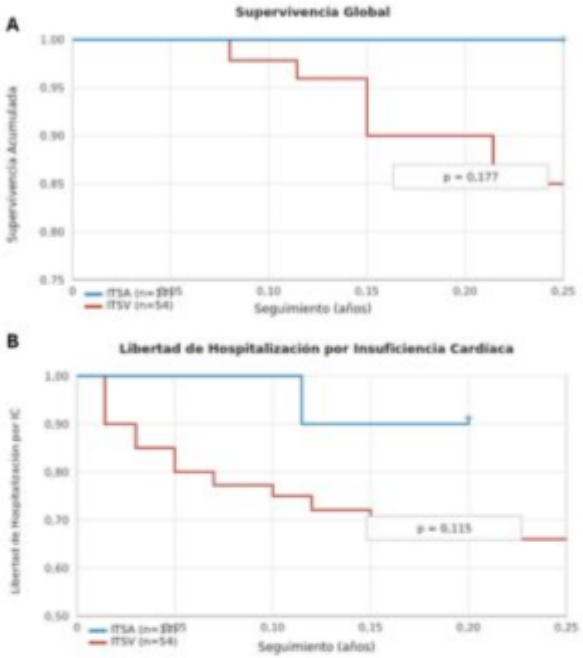


Figura 1. A) Curvas de Kaplan-Meier para la supervivencia global según el fenotipo de IT secundaria. Línea azul: ITSA (n=17); línea naranja: ITSV (n=54). Las marcas de verificación indican observaciones censuradas. Se registraron tres muertes en el grupo de ITSV (15,0%) frente a ninguna en el grupo de ITSA (0%). p= 0,177. **B)** Curvas de Kaplan-Meier para la libertad de hospitalización por insuficiencia cardíaca según el fenotipo de IT secundaria. Línea azul: ITSA (n=17); línea naranja: ITSV (n=54). Las marcas de verificación indican observaciones censuradas. El grupo ITSA mostró una tasa de eventos numéricamente menor (9,1% vs 35,0%) y una supervivencia libre de eventos media más prolongada (3,09 vs 1,91 años). P=0,115.

Características Clínicas y Ecocardiográficas Basales

Variable	Total (n=71)	ITSA (n=17)	ITSV (n=54)	Valor p
Edad, años (media +/- DE)	75,3 +/- 10,7	78,1 +/- 5,6	74,4 +/- 11,7	0,369
Sexo masculino, n (%)	25 (35,2)	6 (35,3)	19 (35,2)	0,993
Fibrilación auricular, n (%)	60 (84,5)	16 (94,1)	44 (81,5)	0,209
Hipertensión arterial, n (%)	48 (67,6)	14 (82,4)	34 (63,0)	0,136
Diabetes mellitus, n (%)	20 (28,2)	3 (17,6)	17 (31,5)	0,322
EPOC, n (%)	15 (21,1)	1 (5,9)	14 (25,9)	0,121
EC / ICP previa /CABG), n (%)	32 (45,1)	8 (47,1)	24 (44,4)	0,843
MitraClip previo, n (%)	20 (28,2)	4 (23,5)	16 (29,6)	0,623
Clase funcional NYHA III, n (%)	23 (32,4)	4 (23,5)	19 (35,2)	0,566
PASCAL, n (%)	52 (73,2)	15 (88,2)	37 (68,5)	0,269
TFGe, ml/min(1,73m2)	52,0 +/- 20,2	50,3 +/- 21,8	52,5 +/- 19,6	0,709
FEVI, %	60,2 +/- 10,3	67,2 +/- 9,6	58,0 +/- 9,5	0,001**
TAPSE, mm	18,7 +/- 4,2	20,8 +/- 3,9	18,0 +/- 4,2	0,020**
PSAP, mmHg	48,5 +/- 16,4	39,2 +/- 6,9	51,4 +/- 17,5	< 0,0005**
VTDVI, ml	35,2 +/- 17,4	24,9 +/- 12,8	38,4 +/- 17,6	0,015*
Diámetro basal VD, mm	45,9 +/- 7,3	44,5 +/- 6,7	46,3 +/- 7,4	0,403
Área AI, cm2	31,1 +/- 9,5	30,5 +/- 7,6	31,3 +/- 10	0,802
IT grado masiva o torrencial, n (%)	41 (57,7)	6 (35,3)	35(64,8)	0,032*

* p < 0,05; ** p < 0,01. EC: enfermedad coronaria; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; TFGe tasa de filtración glomerular estimada; RIC: rango intercuartílico; FEVI: Fracción de eyección del ventrículo izquierdo; VTSVI: volumen telesistólico del ventrículo izquierdo; AI: Aurícula izquierda; DE: desviación estándar; PSAP: presión sistólica de la arteria pulmonar; TAPSE: excursión sistólica del plano del anillo tricuspídeo; IT: insuficiencia tricuspídea.