

La interacción entre la insuficiencia tricúspide residual y el gradiente medio transvalvular tras la reparación borde-borde transcatéter tricúspide y su impacto pronóstico en un registro multicéntrico

David Neuhalfen(1), Antonio Sisinni(2), Julio César Echarte Morales(1), Andrea Ruberti(3), Manuel Barreiro Pérez(1), Xavier Freixa Rofastes(4), Ignacio Cruz González(5), Dabit Arzamendi Aizpurua(6), Luis Nombela Franco(7), Ángel Sánchez Recalde(8), Rafael Romaguera Torres(3), Manuel Pan Álvarez-Osorio(9), Isaac Pascual Calleja(10), Rodrigo Estévez Loureiro(1) y Andrés Íñiguez Romo(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra) - España, (2)Servicio de Cardiología. IRCCS Policlinico San Donato, Milán (Italia) - Italia, (3)Servicio de Cardiología. Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona - España, (4)Servicio de Cardiología. Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona - España, (5)Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca - España, (6)Servicio de Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España, (7)Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España, (8)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España, (9)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba - España y (10)Área del Corazón. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) - España

Introducción: El papel pronóstico del gradiente medio transvalvular (TVG) tras la reparación borde-borde transcatéter tricúspide (T-TEER) es incierto y su interacción con la insuficiencia tricúspide residual (ITr) está poco estudiada. Evaluamos el impacto combinado de ITr y TVG sobre los eventos clínicos a 1 año, así como el papel del número de clips implantados.

Métodos: Registro multicéntrico retrospectivo de 15 centros españoles que incluyó 504 pacientes consecutivos sometidos a T-TEER entre junio de 2020 y febrero de 2025 con evaluación posprocedimiento de ITr y TVG. Endpoints primarios a 1 año: mortalidad por cualquier causa y primera rehospitalización por insuficiencia cardiaca (IC). Mediante curvas ROC se identificaron los puntos de corte óptimos. Los pacientes se estratificaron en 4 perfiles hemodinámicos según ITr (? 2+ vs > 2+) y TVG (< 3 vs ? 3 mmHg). Predictores independientes mediante regresión de Cox.

Resultados: Edad 76 ± 9 años; 66 % mujeres; 56 % en clase funcional III/IV. A 1 año, mortalidad y rehospitalización por IC ocurrieron en 25 (6 %) y 49 (11 %) pacientes. ITr > 2+ fue el umbral óptimo para mortalidad (área bajo la curva, AUC 0,727; p < 0,001) y rehospitalización (AUC 0,641; p = 0,043). TVG ? 3 mmHg predijo mortalidad (AUC 0,629; p = 0,032) pero no rehospitalización. Los pacientes con ITr > 2+ presentaron mayor mortalidad (20 % vs 4 %; p < 0,001) y rehospitalización (29 % vs 11 %; p = 0,001). Los 4 perfiles mostraron riesgo creciente, con peor pronóstico cuando coexistían ITr > 2+ y TVG ? 3 mmHg (mortalidad 39 %; rehospitalización 57 %). El perfil hemodinámico fue predictor independiente de mortalidad (hazard ratio, HR por grupo 1,826; p < 0,001) y rehospitalización (HR/grupo 1,481; p = 0,018). Mayor número de clips se asoció a TVG más elevado (p < 0,001).

Conclusiones: La ITr es el principal determinante pronóstico tras T-TEER. El gradiente medio transvalvular aislado tiene valor pronóstico limitado, pero identifica un subgrupo de muy alto riesgo cuando coexiste con ITr significativa. La evaluación combinada de ambos parámetros podría mejorar la estratificación pronóstica posprocedimiento.