

Impacto pronóstico de la afectación extra-tricuspídea tras la reparación transcatéter borde a borde: resultados de los registros Bronx-Valve y TRI-SPA

Elena García-Campos Losada(1), Julio César Echarte Morales(1), Rodrigo Estévez Loureiro(1), Andrea Scotti(2), Azeem Latib(2), Manuel Barreiro Pérez(1), Luis Nombela Franco(3), Xavier Freixa Rofastes(4), Ignacio Cruz González(5), Ángel Sánchez Recalde(6), Laura Sanchís Ruiz(4), Dabit Arzamendi Aizpurua(7), Pilar Jiménez Quevedo(3), Li Chi Hion(7) y Andrés Íñiguez Romo(8) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra) - España, (2)Cardiology Department. Montefiore Medical Center, Nueva York (New York) - Estados Unidos, (3)Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España, (4)Servicio de Cardiología. Hospital Clínic, Barcelona - España, (5)Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca - España, (6)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España, (7)Servicio de Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España y (8)Jefe de Servicio de Cardiología. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra) - España

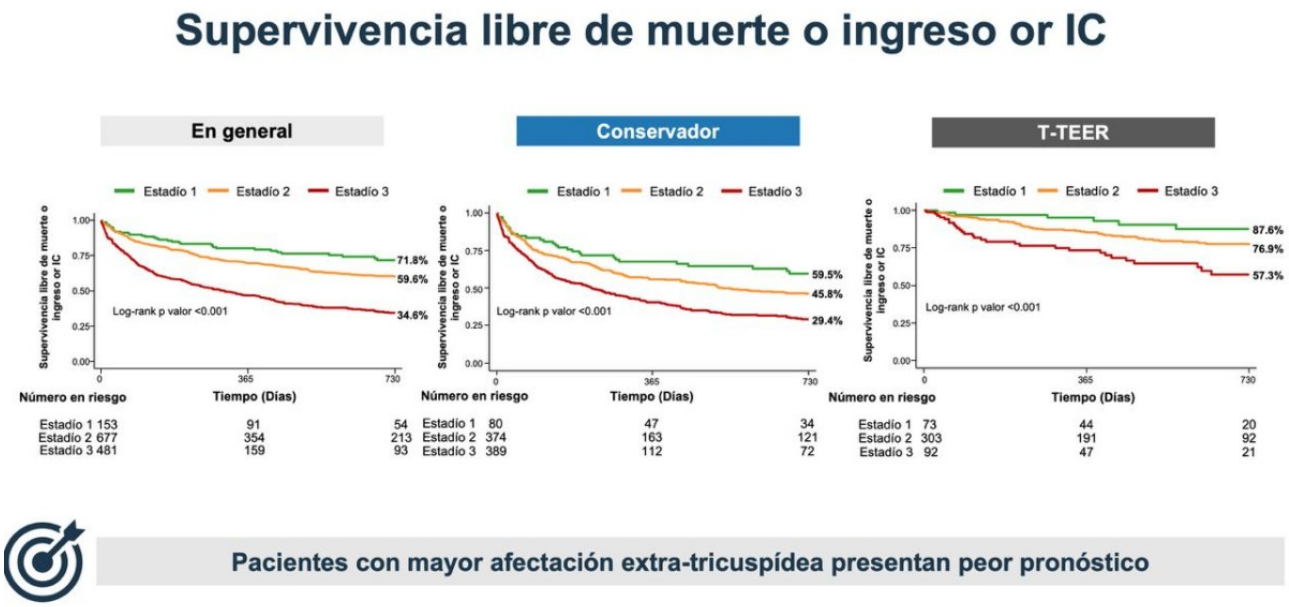
Introducción: El ensayo clínico TRILUMINATE demostró reducción de hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca (IC) tras la reparación transcatéter borde a borde tricuspídea (T-TEER), pero sin impacto en mortalidad. Los pacientes de práctica real presentan perfiles de riesgo y daño orgánico más avanzados con afectación cardíaca y extracardíaca. El objetivo fue evaluar el impacto pronóstico de un sistema de estadios basado en daño ventricular derecho (VD) y disfunción hepatorrenal en pacientes con insuficiencia tricuspídea (IT) severa tratados con T-TEER frente a tratamiento médico (TM).

Métodos: Se realiza un estudio multicéntrico (16 centros) de 1334 pacientes (Bronx-Valve: TM, n=850; TRI-SPA: T-TEER, n=484). Se definieron 4 estadios jerárquicos: Estadio 1 (Sin daño VD; MELD-XI <15); Estadio 2A (Dilatación VD: diámetro basal ?2,4 cm/m²); Estadio 2B (Disfunción VD: TAPSE ?17 mm); y Estadio 3 (Disfunción hepatorrenal: MELD-XI ?15). Se realizó un emparejamiento por puntuación de propensión (PSM) resultando en 178 parejas. El objetivo primario fue el compuesto de muerte u hospitalización por IC a 2 años.

Resultados: El 50% de la cohorte presentaba daño extracardíaco (Estadios 2-3). En el grupo TM, la supervivencia libre de eventos a 2 años disminuyó drásticamente con la progresión del estadio (E1: 71,8%; E2: 59,6%; E3: 34,6%; p<0,001). Tras el PSM, el T-TEER demostró una superioridad significativa frente al TM (71,6% vs. 42,3%; p=0,002). El beneficio clínico del T-TEER fue consistente y transversal en todos los estadios (p-interacción=0,893), destacando el impacto en el Estadio 3 (HR: 0,27; IC95%: 0,13-0,56; p<0,001). El éxito del procedimiento fue determinante: la supervivencia libre de eventos fue del 84,8% en T-TEER exitoso frente al 59,5% en fracaso terapéutico (p<0,001), siendo el pronóstico de este último incluso inferior al observado con tratamiento médico exclusivo.

Conclusiones: El sistema propuesto permite una estratificación de riesgo robusta en IT severa. El beneficio del T-

TEER es independiente del daño orgánico basal, extendiéndose incluso a pacientes en estadio hepatorrenal avanzado (Estadio 3). Estos hallazgos subrayan la importancia de la intervención transcatéter en fases avanzadas, siempre que se garantice el éxito procedimental, dado que el fracaso técnico anula el beneficio clínico y penaliza el pronóstico frente al manejo conservador.



Pacientes con mayor afectación extra-tricuspídea presentan peor pronóstico

Características clínicas y ecocardiográficas basales

	Conservador (N=850)	T-TEER (N=484)	*P* valor	SMD (%)
Edad (años)	72.3 ±15.1	76.2 ±8.6	<0.001	-31.1
Sexo femenino, n (%)	515 (60.5)	340 (70.2)	0.031	12.8
TRISCORE	5 (4-6)	4 (3-5)	<0.001	21.4
Fibrilación auricular, n (%)	521 (61.3)	437 (90.3)	<0.001	-71.4
Enfermedad renal crónica, n (%)	445 (52.4)	198 (40.9)	<0.001	23.1
Diabetes Mellitus, n (%)	310 (36.5)	108 (22.3)	<0.001	31.7
Enfermedad arterial coronaria, n (%)	349 (41.1)	72 (14.9)	<0.001	61.2
Hipertensión arterial, n (%)	582 (68.5)	332 (68.6)	0.962	0.2
NYHA III/IV, n (%)	457 (53.8)	282 (58.3)	0.135	8.5
Hospitalización por IC (12 últimos meses), n (%)	372 (43.8)	169 (34.9)	0.002	17.6
FEVI, %	51 (30-60)	59 (55-62)	<0.001	-77.0
Vena contracta, mm	10 (8.0-12.2)	11 (8.3-13.0)	<0.001	-15.0
Diámetro basal VD, cm	4.9 (4.5-5.3)	4.7 (4.2-5.2)	<0.001	24.7
IT funcional, n (%)	798 (93.9)	390 (80.6)	<0.001	40.8
TAPSE, mm	15.8 (13-18)	18.0 (15.2-20.0)	<0.001	-51.7
Insuficiencia mitral significativa, n (%)	173 (20.4)	56 (11.6)	<0.001	22.9
Estadío 1	82 (9.6)	77 (15.9)		
Estadío 2	374 (44.0)	313 (64.7)		
Estadío 3	394 (46.4)	94 (19.4)		

Abreviaturas: T-TEER, reparación transcatéter borde a borde de la tricúspide; SMR, diferencia de medias estandarizada; NYHA, clasificación New York Heart Association; IC, insuficiencia cardíaca; FEVI, fracción de eyección ventrículo izquierdo; TAPSE, excursión sistólica del plano del anillo tricúspide; VD, ventrículo derecho; IT, insuficiencia tricúspide; PSAP, presión sistólica arteria pulmonar.