

Resultados del implante percutáneo de válvula TricValve en pacientes con intervención tricuspídea previa fallida

Diego Matellán Alonso(1), Luis Manuel Domínguez-Rodríguez(1), Luisa Salido Tahoces(1), Ana Pardo Sanz(1), Ander Larrea Iñarra(1), Jose Alfredo Salinas Canovas(1), Luis Nombela Franco(2), Gabina Oronoz Saz(1), Belén Albaladejo Muñoz(1), José Luis Zamorano Gómez(1) y Ángel Sánchez Recalde(1) de (1)Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España y (2)Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España

Introducción: El manejo de la insuficiencia tricuspídea (IT) grave recurrente o persistente tras intervenciones previas representa un reto creciente. Las reintervenciones presentan alto riesgo y la complejidad anatómica limita terapias repetidas dirigidas a los velos. Se evaluó el rendimiento del sistema heterotópico TricValve, que actúa sobre la congestión sistémica, en pacientes con intervenciones tricuspídeas previas.

Métodos: Se realizó un análisis del registro multicéntrico TricBicaval, que incluyó 204 pacientes consecutivos con IT grave, masiva o torrencial sintomática tratados con implante de TricValve. La indicación fue establecida por equipos multidisciplinares tras descartar terapias ortotópicas. Se compararon pacientes con y sin intervención tricuspídea previa. El objetivo principal fue la mortalidad al año. Se analizaron además hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca (IC) y signos congestivos.

Resultados: De 204 pacientes, 39 (19,1%) tenían intervención previa, incluyendo cirugía (fundamentalmente anuloplastias) y terapias percutáneas (reparación borde a borde y anuloplastia). Este grupo de pacientes presentaba mayor riesgo basal (TRI-SCORE 6,4 ± 1,9 frente a 5,3 ± 2,3; p=0,007), más ingresos por IC (74,4% frente a 50,9%; p=0,008), peor función ventricular derecha (TAPSE 15,9 ± 3,1 frente a 17,5 ± 4,2 mm; p=0,027) y mayor congestión. La mortalidad hospitalaria fue mayor, sin significación estadística (15,4% frente a 6,7%; p=0,07). La mortalidad al año fue superior (35,9% frente a 14,5%; p=0,002), con hazard ratio ajustado 2,75 (intervalo de confianza del 95% 1,40-5,39; p=0,003). La incidencia de ingresos por IC se redujo respecto al periodo previo al procedimiento (74,4 a 30,4 eventos/100 pacientes-año; p=0,025), sin diferencias entre grupos en el análisis de riesgos competitivos. El edema periférico disminuyó significativamente (89,7% a 23,5%; p<0,001)

Conclusiones: Los pacientes con intervenciones tricuspídeas previas tratados con TricValve presentan alto riesgo y elevada mortalidad al año. No obstante, se observa reducción de hospitalizaciones y congestión en supervivientes. Es fundamental una adecuada selección de pacientes y se requieren estudios aleatorizados para definir el beneficio real de esta estrategia.

TricValve Valve Implantation in Patients With Prior Failed Orthotopic Tricuspid Valve Intervention

Cohort characteristics

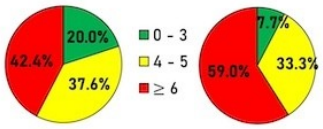
204 patients treated with TricValve

39 patients (19,1%) had undergone a **prior TV intervention**

- 20 prior **surgery** (19 annuloplasty / 1 replacement)
- 19 prior **transcatheter repair** (12 TEER; 7 Cardioband)

Basal risk (TRI-SCORE)

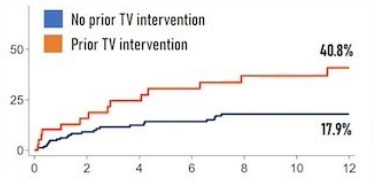
No prior TV intervention	Prior TV intervention



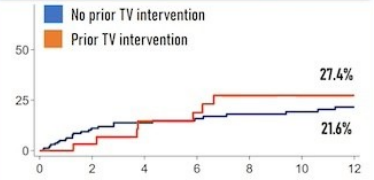
Higher TRI-SCORE and burden of prior HF hospitalizations (74.4% vs. 50.9%; p=0.008) in patients with prior TV intervention

Safety outcomes (1-year follow-up)

All-cause mortality



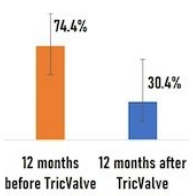
HF hospitalizations



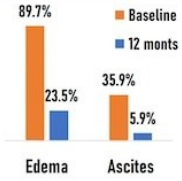
All-cause mortality was higher in patients with prior TV intervention. Risk of HF hospitalization was similar between groups

Symptomatic and functional improvement

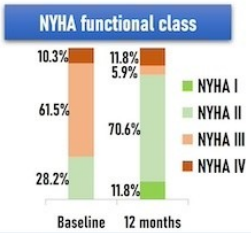
HF Hospitalizations



Signs of right HF



NYHA functional class



Improved NYHA class, reduced peripheral edema and decreased annualized HF hospitalization rate (IRR 0.41; p=0.025) in patients with prior TV intervention

The TricValve system is a valid alternative for patients with prior tricuspid intervention, providing effective mitigation of systemic congestion and reduced HF hospitalizations, despite a higher mortality risk driven by baseline comorbidities.