

Comparación de las estrategias de bicuspidización y triple-orificio en la reparación borde-borde transcatéter tricúspide en un registro multicéntrico

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

Introducción: La reparación borde-borde transcatéter tricúspide (T-TEER) es una opción terapéutica establecida en pacientes con insuficiencia tricúspide (IT) severa sintomática no candidatos a cirugía. Las dos estrategias más utilizadas son la bicuspidización (zipping) y el triple-orificio (clover). Existen pocos datos comparativos entre ambas en cohortes multicéntricas amplias. Comparamos los resultados procedimentales, ecocardiográficos y clínicos a 1 año entre ambas técnicas.

Métodos: Registro multicéntrico retrospectivo de 15 hospitales españoles (2020-2024) que incluyó 288 pacientes consecutivos con IT severa sometidos a T-TEER: 197 (68,4 %) recibieron zipping y 91 (31,6 %) clover. Endpoint primario: éxito procedimental, definido como IT residual ? 2+ al alta. Endpoints secundarios: composite de mortalidad u hospitalización por insuficiencia cardiaca (IC) y clase funcional NYHA a 1 año, y desprendimiento de un único velo del dispositivo (SLDA) intraprocedimiento. Predictores de IT residual ? 3+ mediante regresión logística multivariable.

Resultados: Edad mediana 77 años (rango intercuartílico, RIQ 73-82); 70,5 % mujeres; EuroSCORE II 3,6 % (RIQ 2,2-5,9); TRISCORE 4,1 ± 1,8. Los pacientes tratados con clover presentaban basalmente mayor complejidad anatómica: jet posteroseptal predominante, mayor gap de coaptación y vena contracta, y morfología tipo IIIb más frecuente. El éxito procedimental fue del 89,0 % en zipping vs 76,2 % en clover (p = 0,001), sostenido al seguimiento. El composite a 1 año fue similar entre técnicas (27,8 % vs 21,1 %; log-rank p = 0,552), con mejoría comparable de la clase NYHA. El SLDA fue más frecuente con clover (8,8 % vs 3,1 %; p = 0,035). En análisis multivariable, los predictores independientes de IT residual ? 3+ fueron el gap de coaptación (odds ratio, OR 1,39 por mm; p = 0,005) y la vena contracta (OR 1,13 por mm^2; p = 0,035). La técnica perdió significancia (OR 1,62; intervalo de confianza 95 % 0,71-3,71; p = 0,253).

Conclusiones: Ambas técnicas de T-TEER ofrecen reducción significativa de IT y mejoría clínica comparables a 1 año. La mayor IT residual observada con clover se asocia a una mayor complejidad anatómica basal y desaparece tras ajuste multivariable. La selección de la estrategia debería guiarse por la anatomía valvular.