

En esta entrevista nos acompaña el Dr. Martín Federico Vivas, jefe de Ultrasonido del ICBA, para abordar aspectos fundamentales de la insuficiencia tricuspídea (IT), su etiología, las limitaciones diagnósticas y las últimas novedades en el manejo de esta patología.



@cardiorosario ¿Cuál es la importancia clínica de la IT aislada como entidad patológica, a pesar de su baja incidencia? ¿Cuál es su etiología más frecuente?



@martinfedericovivas La IT aislada está asociada a un incremento en la mortalidad independientemente de la presión pulmonar y la función sistólica del VD. Como etiología más frecuente es la secundaria atrial por remodelado anular. Dentro de las primarias, las displasias tricúspides y en su máximo expresión la enfermedad de Epstein.



@cardiorosario Siendo la IT secundaria más frecuente. ¿Cuáles son las etiologías de peor pronóstico? ¿Qué rol cumple la severidad de la regurgitación en la evolución de la patología de base?



@martinfedericovivas Las IT secundarias ventriculares que implican afectación de la geometría ventricular con incremento de las fuerzas de tethering son las asociadas a peor pronóstico. Estudios recientes han demostrado un incremento en la mortalidad dependiente de la severidad la regurgitación.



@cardiorosario ¿Cuáles son las limitaciones de la valoración de la severidad de la IT por ecocardiografía?



@martinfedericovivas La dificultad de valoración de severidad puede presentarse en IT de múltiples jets, Jets muy excéntricos que no permite valorar correctamente vena contracta o PISA. También en los Jet se fraccionan por dispositivos son desafiantes para cuantificar.



@cardiorosario Siendo la ETT el gold standard para el diagnóstico ¿Qué nos aporta el ETE y el 3D?



@martinfedericovivas EL ETE y sobre todo el 3D, han cobrado relevancia particularmente con el advenimiento de la intervención percutánea dado que permiten una caracterización anatómica de la válvula y el mecanismo de insuficiencia que cobra relevancia a la hora de la intervención. Por ejemplo> Medición del GAP (signo de severidad), cantidad de valvas (anatomía muy inconstante menos del 60% de las válvulas tienen tres valvas) y valoración en planos ortogonales (herramienta X- plane) sincrónicos de los puntos de fuga.



@cardiorosario ¿Qué nos aporta en la evaluación integral del paciente, la nueva clasificación ecocardiográfica de severidad, con masiva y torrencial?



@martinfedericovivas La nueva clasificación permite una mejor caracterización de las IT severas. En el Scout trial, donde la reducción de la regurgitación a pesar de ser significativa en valor absoluto de volumen, no modificaba la estadificación de la severidad, se planteó la necesidad de reclasificar el grado severo, agregando los subtipos masiva y torrencial, que presentan evoluciones y pronósticos diferentes.



@cardiorosario El ecocardiograma de estrés físico ¿nos aporta información en pacientes con insuficiencia tricúspidee asintomática, en el seguimiento o en la toma de conducta?



@martinfedericovivas Actualmente las recomendaciones de las Guías es realizar Ecocardiograma de Stress a pacientes en Estadio C1 (IT severa asintomática con función sistólica del VD conservada) de manera rutinaria (6-12 meses) o en oligo sintomáticos con el objetivo de re estadificación y eventual intervención temprana.



@cardiorosario ¿Qué rol juega la RMI y la TC en el manejo del paciente con IT severa y disfunción o remodelado VD?



@martinfedericovivas Actualmente la RMN es el Gold standart para valoración de la función sistólica del VD y permite una correcta valoración de los volúmenes sistólicos y de regurgitación para gradación de la IT. La TC agrega información de anatomía cardiaca y coronaria no invasiva a la hora de la intervención.



@cardiorosario ¿Cuáles son las pautas clínicas o imagenológicas para la intervención o derivación a equipo de especialización en valvulopatías?



@martinfedericovivas Con respecto a la derivación a centro de Valvulopatías se sugiere que todas las IT primarias y las IT en general desde Estadio C1, tengan valoración por equipo multidisciplinario. Definir la intervención es muy variable y va desde intervenir la IT por diámetro de anillo independientemente de la severidad en el contexto de reparación mitral (7) a definirla a partir de la presencia de síntomas (Estadio D) o disfunción sistólica del VD (Estadio C2) en la IT aislada.



@cardiorosario ¿Produce la intervención de la IT severa remodelado reverso en VD? Y en ese caso, ¿mejora el pronóstico?



@martinfedericovivas Está demostrado que los volúmenes de las cavidades derechas son muy sensibles a las condiciones de cargas y se pueden evidenciar cambios durante las internaciones por tratamiento diuréticos. Sin embargo, la alteración de la función sistólica sobre todo cuando es significativa, es más difícil que se recupere. La intervención en tiempo de la IT mejora la sobrevida, sin embargo, la demora en la derivación a intervención es la regla. La incorporación del TRIO score para valoración de riesgo quirúrgico pre intervención permite evaluar parámetros clínicos y evidencia que a menor impacto clínico mejores resultados quirúrgicos. En un subanálisis de este Score, los pacientes con peores Score utilizaban más diuréticos, siendo la necesidad de los mismos una evidencia de valvulopatía sintomática necesaria de ser intervenida.



@cardiorosario ¿Cuáles son las perspectivas futuras en el tratamiento percutáneo de la valvulopatía tricúspide? ¿Cuán importante es la evaluación pre e intraprocedimiento por ETE?



@martinfedericovivas La intervención percutánea de la válvula tricúspide ha generado gran interés, particularmente por el alto riesgo quirúrgico que tienen muchos pacientes con IT severa y datos que demuestran la efectividad en la reducción de la regurgitación con algunos dispositivos. Se han estudiado varios dispositivos TriClip (Abbott, Chicago, IL, USA), PASCAL (Edwards, Washington, DC, USA), TricValve (Products + Features, Vienna, Austria) y Cardioband (Edwards, Washington, DC, USA), cada uno abordando un mecanismo diferente de la IT. Se requieren más datos de mortalidad, sin embargo pareciera que una derivación temprana y la consideración tanto de la intervención transcaterter como quirúrgica antes de la aparición de disfunción del ventrículo derecho o daño en órganos podría llevar a una mejora en los resultados. Todos los procedimientos requieren de una evaluación multidisciplinaria y multimodales. EL ETE para la planificación y guía del clip tricúspidee es una herramienta fundamental, aunque suele presentar algunas dificultades de ventana acústica por lo anterior de la válvula tricúspidee. Aparece prometedor para resolver este conflicto la utilización de la ecografía intracardiaca.