

## Reparación tricuspídea percutánea «de borde a borde» en prolapso posterior aislado

*“Edge to edge” transcatheter tricuspid repair for isolated posterior prolapse*

José Luis Betanzos<sup>a,◇</sup>, Alberto Alperi<sup>a,b,◇</sup>, Víctor León<sup>a</sup>, Iria Silva<sup>a</sup>, Pablo Avanzas<sup>a,b,c</sup> e Isaac Pascual<sup>a,b,c,\*</sup>

<sup>a</sup> Área del Corazón, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

<sup>b</sup> Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias, Asturias, España

<sup>c</sup> Departamento de Medicina, Universidad de Oviedo, Asturias, España

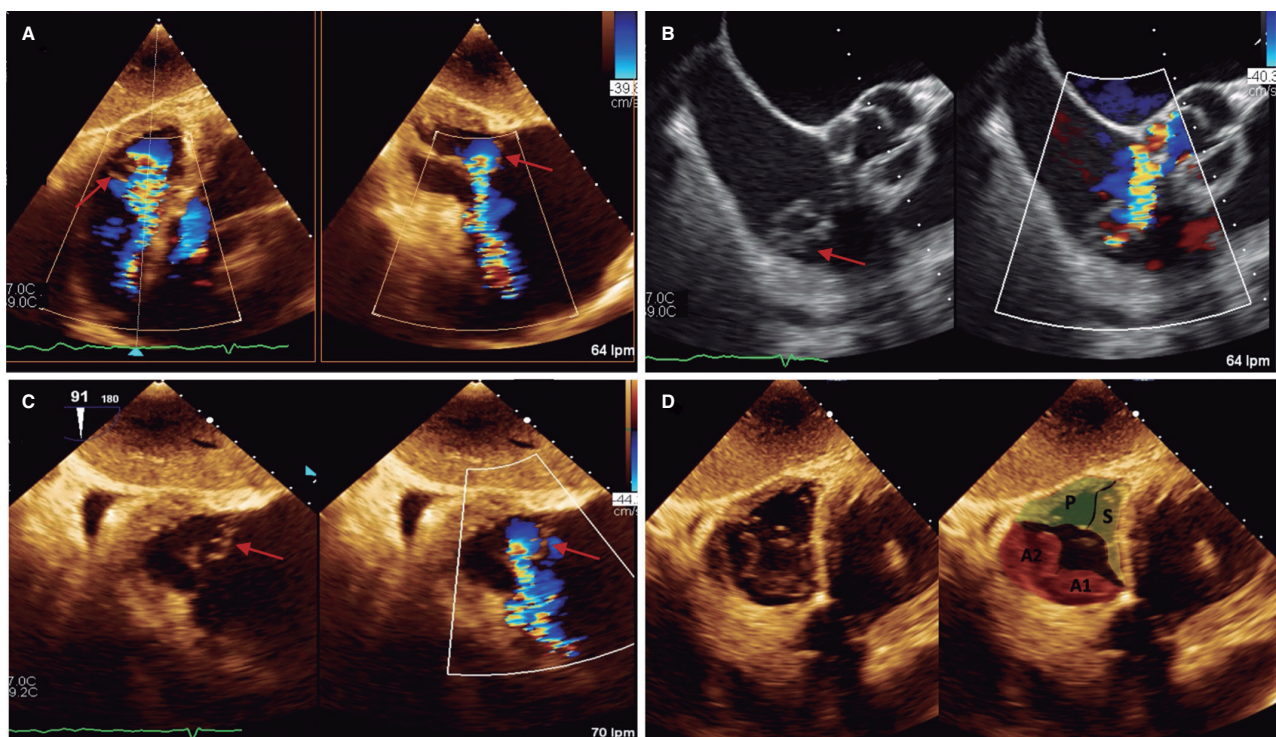


Figura 1.

La adopción de la reparación percutánea de la válvula tricúspide empleando la técnica «de borde a borde» (TEER) ha sido meteórica. La insuficiencia tricuspídea (IT) funcional es la indicación más común y los abordajes más frecuentes son capturar las valvas septal y anterior (VS-VA) o septal y posterior (VS-VP).

Un varón de 78 años acudió con signos compatibles con una insuficiencia cardiaca derecha. La ecocardiografía transesofágica (ETE) confirmó la presencia de insuficiencia mitral (IM) funcional grave acompañada de IT primaria torrencial por prolapso grave del VP (figura 1A-C, flechas; vídeos 1 y 2 del material adicional) con una morfología de la válvula tricúspide IIIA (figura 1D, vídeo 3 del material adicional). Tras consulta con el equipo multidisciplinar, se optó por realizar una TEER.

◇ Ambos autores ha colaborado por igual al artículo.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ipascua@live.com](mailto:ipascua@live.com) (I. Pascual).

X @BetanzosJL

Recibido el 8 de enero de 2024. Aceptado el 12 de febrero de 2024.

Full English text available from: <https://www.recintervcardiol.org/en>.

2604-7306 / © 2024 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.

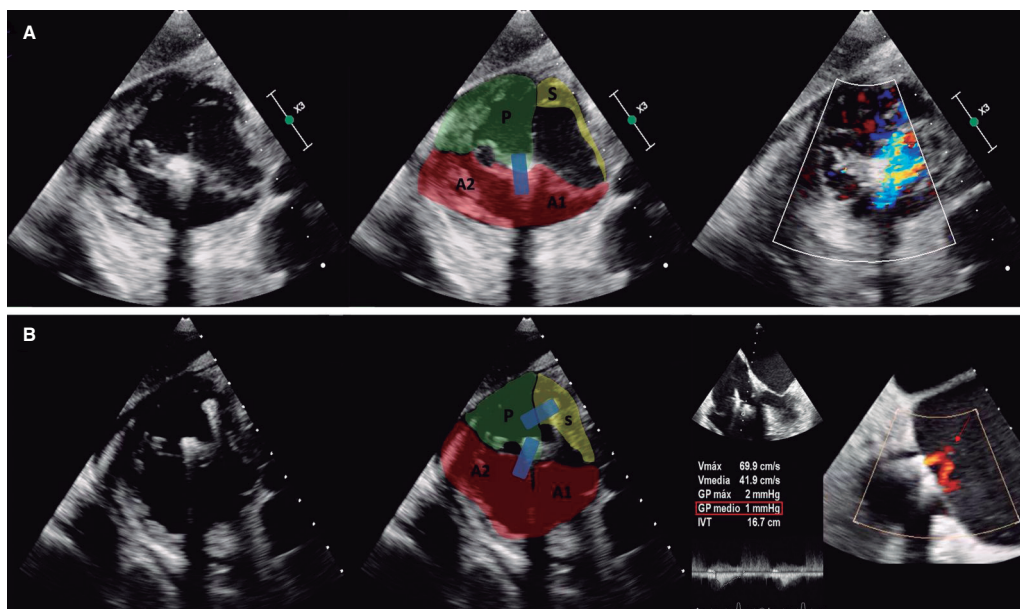


Figura 2.

Tras reparar con éxito la válvula mitral, se practicó una TEER. Tras varios intentos, la captura de los VP y VS tricuspídeos no logró una reducción significativa de la IT. Por esta razón, para estabilizar el prolapso posterior, se optó por una estrategia de captura de VP-VA. Se implantó un dispositivo XTW TriClip (Abbott Vascular, Estados Unidos) entre el VP y el festón A2, con una orientación vertical en el plano transgástrico de la ETE (figura 2A, vídeo 4 del material adicional). Debido a la presencia de IT moderada residual secundaria a la coaptación de los VP y VS (figura 2A, vídeo 5 del material adicional) se optó por implantar un segundo XT TriClip orientado perpendicularmente al primer dispositivo entre los VP y VS (figura 2B). La válvula tricúspide de triple orificio resultante mostró una IT residual sin estenosis significativa y un gradiente medio de 1 mmHg (figura 2, vídeos 6 y 7 del material adicional). Se confirmó que la IT residual era trivial y el paciente quedó asintomático a los 3 meses de seguimiento (vídeo 8 del material adicional). En escenarios como este, una estrategia alternativa a la clásica como es la captura de los VP y VS empleando planos TG x-Plane puede resultar útil.

## FINANCIACIÓN

Ninguna.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los autores de este artículo confirman que se obtuvo y archivó el consentimiento informado por escrito.

## DECLARACIÓN SOBRE EL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

No se utilizó inteligencia artificial en la preparación de este manuscrito.

## CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

J.L. Betanzos, A. Alperi, V. León, I. Silva e I. Pascual participaron en la redacción, revisión crítica y aprobación final del manuscrito. Por su parte, J.L. Betanzos y A. Alperi contribuyeron por igual al manuscrito y P. Avanzas participó en la revisión crítica y aprobación final del mismo.

## CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

## MATERIAL ADICIONAL



Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.24875/RECIC.M24000456>.