

#042 | Reparación mitral transcáteter con terapia borde a borde. Experiencia inicial en un centro privado de Uruguay.

Juan Pablo Bachini¹; Natalia Nobile¹; Ivanna Duro²; Carlos Americo³; Deborah Acosta¹; Sergio Viñas³; Pablo Diaz²; Ariel Duran²; Pedro Trujillo²

1 - Instituto de Cardiología Integral, Medica Uruguaya. 2 - Instituto de Cardiología Integral. 3 - Medica Uruguaya.

Introducción:

La IMit es una de las valvulopatías más frecuentes. Se estima una prevalencia de IMit al menos moderada en hasta 7% de los mayores de 75 años. En la actualidad la cirugía cardiaca es el tratamiento de elección, sin embargo, en pacientes con riesgo quirúrgico elevado o comorbilidades significativas, la reparación mitral transcáteter con terapia borde-a-borde (TEER) ha demostrado ser una alternativa eficaz y segura.

Objetivo:

Describir las características generales del primer grupo de pacientes sometidos a TEER en un centro privado de Uruguay y evaluar la eficacia y la seguridad del procedimiento en esta cohorte.

Material y Método:

Se realizó un estudio descriptivo y observacional. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a TEER entre junio de 2023 y marzo de 2025 en un centro privado de Uruguay. Todos los pacientes presentaban IM severa y sintomática a pesar del tratamiento médico óptimo, con indicación de intervención sobre la válvula mitral y factibilidad de la TEER. Los procedimientos se realizaron en sala de hemodinamia, con anestesia general, bajo visión radioscópica (angiógrafo Phillips Allura) y ecocardiográfica (Vivid GE) ETE 3D a través de acceso venoso femoral y punción transeptal. El dispositivo utilizado en todos los casos fue MitraClip® (Abbot Vascular, IL, USA) de 4ta generación. Las variables clínicas y ecocardiográficas fueron extraídas en forma retrospectiva de la historia clínica de los pacientes. Las variables discretas se presentan como frecuencias absolutas y relativas (n, %) y las variables continuas a través de media \pm DE.

Resultados:

En el periodo comprendido se realizaron 10 TEER, de los cuales 50% fueron mujeres. La edad promedio fue de 72 \pm 13 años. El mecanismo de la IMit fue primario en 4 pacientes y secundario en 6, de los cuales 2 eran de origen auricular. Todos los pacientes se encontraban en CF NYHA II-III y el 40% presentaba FA. El riesgo quirúrgico promedio fue de 3,47 \pm 3,08 por STS y de 3,36 \pm 1,25 por Euroscore II. El volumen promedio de la AI fue de 120,6 \pm 19,4 mL, la FEVI promedio fue de 45 \pm 19%, la PSAP 42,3 \pm 11,4 mmHg y la disfunción del VD estaba presente en el 10% de los pacientes. Las demás características generales de la población se resumen en la Tabla 1 y las variables ecocardiográficas en la Tabla 2. La mayoría de los procedimientos fueron clasificados como de complejidad moderada según las características anatómicas de la válvula. La zona de grampeo fue A2/P2 en el 100% de los casos. Se implantaron un total de 15 clips. En 2 casos se produjo "detachment" parcial del dispositivo. La IMit residual fue leve en 4 pacientes, leve- moderada en 4 pacientes y moderada a severa en 2. El gradiente medio final fue de 2,27 \pm 0,7 mmHg. Todos los pacientes fueron dados de alta antes de las primeras 48 horas. No se registraron otras complicaciones. Los demás resultados del procedimiento se describen en la tabla 2

Sexo (n, %)	
Femenino	5 (50%)
Masculino	5 (50%)
Edad (años)	
	72 ± 13
IMC	
	27,1 ± 3,1
FRCV (n, %)	
HTA	9 (90%)
Diabetes	3 (30%)
Dislipemia	3 (30%)
Antecedentes personales (n, %)	
IAM previo	1 (10%)
ATC previa	1 (10%)
CRM previa	0 (0%)
ACV/AIT	1 (10%)
Enfermedad vascular periférica	0 (0%)
EPOC	2 (20%)
FA/Flutter	4 (40%)
TRC/DAI	1 (10%)
CF NYHA (n, %)	
I	0 (0%)
II	20 (20%)
III	8 (80%)
IV	0 (0%)
Creatininemia (mg/dL)	
	1,22 ± 0,89
Hemoglobina (g/dL)	
	11,7 ± 1,2
NT pro BNP (pg/dL)	
	2765 ± 1137
Riesgo quirúrgico (% mortalidad)	
STS	3,47 ± 3,08
EuroScore II	3,36 ± 1,25
Mecanismo de IM (n, %)	
Primaria	4 (40%)
Secundaria	6 (60%)

Tabla 1. Características generales de la población.

AVM (cm2)	5,8 ± 1,5	Complejidad (n, %)	
		Baja	1 (10%)
ORE (mm2)	0,46 ± 0,13	Moderada	8 (80%)
IM primaria	0,5	Alta	1 (10%)
IM secundaria	0,45 ± 0,14		
		Acceso vascular (n, %)	
DDVI (mm)	64,4 ± 12,3	Femoral venoso	10 (100%)
IM primaria	61,5 ± 12,3		
IM secundaria	65,5 ± 12,7	Numero de clips totales (n)	15
		Numero de clips/paciente	1,5 ± 0,5
Aurícula izquierda		XTW	12
Area (cm2)	34,8 ± 7,4	XT	2
Volumen (mL)	120,6 ± 19,3	NT	1
FEVI (%)	45 ± 19	Festones A1-P1	0 (0%)
FEVI ≤ 30% (n, %)	4 (40%)	Festones A2-P2	15 (100%)
FEVI 31 - 49 % (n, %)	1 (10%)	Festones A3-P3	0 (0%)
FEVI ≥ 50% (n, %)	5 (50%)		
		IM final	
Disfuncion VD (n, %)	1 (10%)	Leve	4 (40%)
		Leve-moderada	4 (40%)
PSAP (mmHg)	42,3 ± 11,4	Moderada	0 (0%)
		Moderada-severa	2 (20%)
IT moderada (n, %)	3 (30%)	Severa	0 (0%)
IT severa (n, %)	0 (0%)		
		GM final (mmHg)	2,27 ± 0,7
Calcificación en zona grampeo (n, %)	0 (0%)	Complicaciones (n, %)	
		Detachment total	0 (0%)
Velo posterior < 10 mm (n, %)	1 (10%)	Detachment parcial	2 (13%)
Velo posterior > 10 mm (n, %)	9 (90%)	Muerte	0 (0%)
		Sangrados mayores	0 (0%)
Area tenting - IM secundaria (cm2)	3,04 ± 0,6	ACV	0 (0%)
Defecto coaptación - IM primaria (mm)	3,75 ± 0,5		

Tabla 2. Variables anatómicas y del procedimiento.

Conclusiones: El TEER es una alternativa terapéutica en pacientes de alto riesgo quirúrgico. En nuestra experiencia inicial, el TEER es una técnica segura y eficaz.