Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 395

Revista Española de Cardiología

5. INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA AMILOIDOSIS CARDIACA EN EL PRONÓSTICO DURANTE EL SEGUIMIENTO

Beatriz Aguiar Bermúdez, Carmen Acosta Calero, Jonathan Deniz Rosario, Belén Rojas Escrivá, Miguel Fernández de Sanmamed Girón, Mario Galván Ruiz, María del Val Groba Marco, Antonio García Quintana y Eduardo Caballero Dorta

Cardiología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas), España.

Resumen

Introducción y objetivos: En los últimos años ha habido un aumento de la prevalencia de insuficiencia cardiaca (IC), incrementándose el diagnóstico de amiloidosis cardiaca (AC) como una de sus principales etiologías. Su diagnóstico precoz, así como la detección temprana de las *red flags*, comienzan a destacar como valores pronósticos. Nuestro objetivo fue evaluar su influencia en la supervivencia de los pacientes con AC.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes con amiloidosis cardiaca secundaria a depósito de transtirretina (ATTR) y cadenas ligeras (AL) entre enero 2015 y abril 2023. Se recogieron características basales, analíticas y ecocardiográficas, con un estudio comparativo y de supervivencia entre los pacientes con diagnóstico precoz (6 meses desde el inicio de los síntomas) y diagnóstico tardío. Se recogió la prevalencia de los síntomas conocidos como *red flags*.

Resultados: Se incluyeron 157 pacientes, 33% mujeres, edad media en torno a 80 años en ambos grupos y sin diferencias en las características basales (tabla 1). En aquellos con diagnóstico precoz el 84,2% presentaba ATTR y el 15,8% AL. Las *red flags* más prevalentes fueron las alteraciones electrocardiográficas (Q seudoinfarto 31,8%, bajos voltajes 28%), la polineuropatía periférica (21%), el síndrome de túnel carpiano (19,7%) y la estenosis del canal lumbar (10,2%), sin diferencias entre ambos grupos, aunque con una mayor tendencia en la estenosis del canal lumbar en los pacientes con diagnóstico tardío (6,6 vs 13,6%, p 0,147). El principal motivo de consulta fue la disnea, con NYHA basal similar (II-III), aunque con mayor tendencia de NYHA I en el grupo de diagnóstico precoz (11,8 vs 3,7%, p 0,21). Los niveles de biomarcadores cardiacos fueron más elevados en el grupo de diagnóstico precoz (tabla). En dicho grupo había una menor prevalencia del uso de diuréticos e ISGLT2 basal (69,7 vs 84% y 9,2 vs 18,5%). La mediana de seguimiento fue 14 meses (8; 29), con una mayor tendencia de reingresos por IC en el grupo de diagnóstico tardío (p 0,078), pero sin diferencias en el análisis de mortalidad (figura).

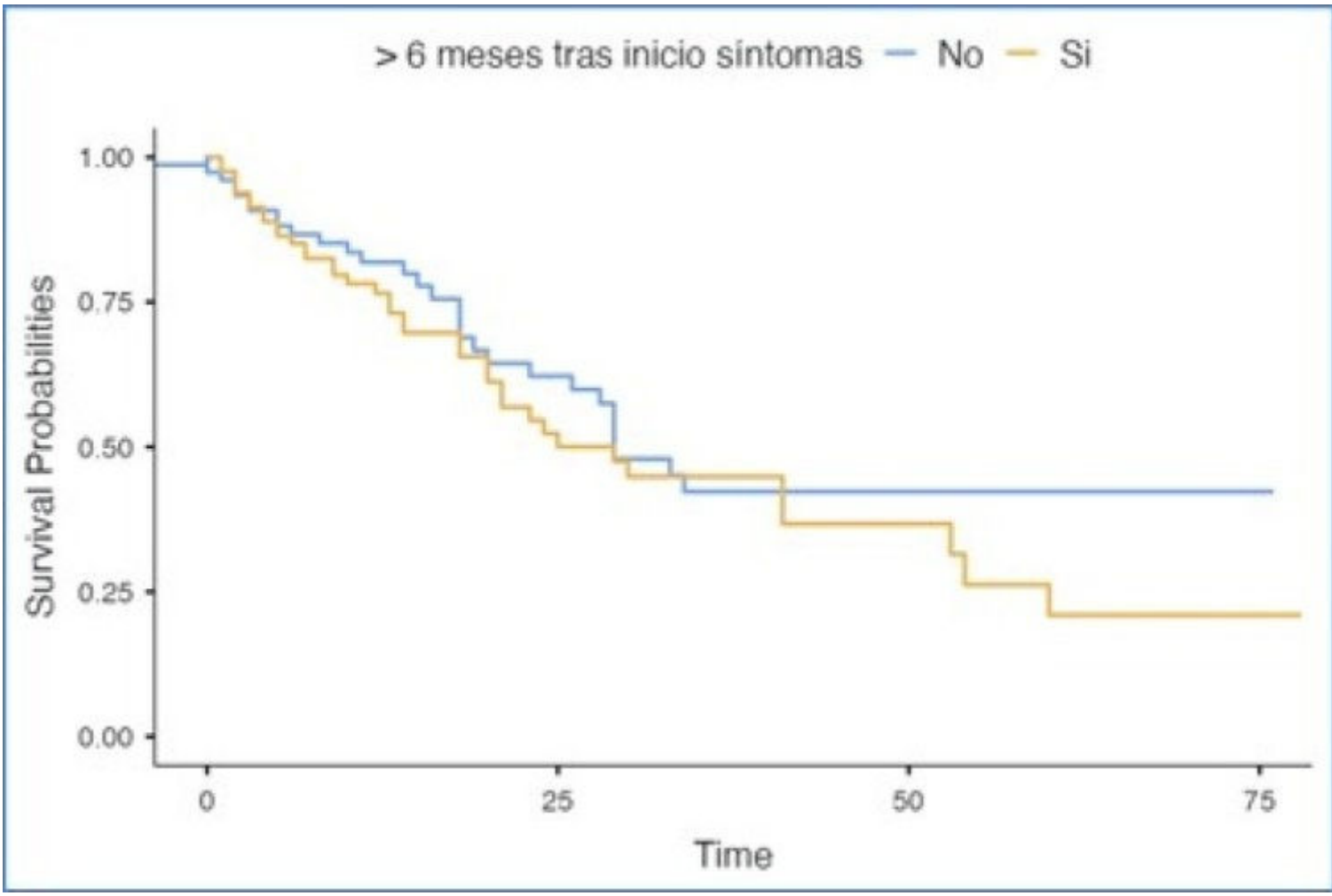
Análisis comparativo entre diagnóstico precoz (6m) y tardío

	Dx 6 meses tras inicio de síntomas, N = 76	Dx > 6 meses tras inicio de síntomas, N = 81

p		
ATTR	64 (84,2%)	69 (85,2%)
AL	12 (15,8%)	11 (13,6%)
		0,585
HTA	63 (82,9%)	70 (86,4)
DM tipo 2	21 (27,6%)	27 (33,3%)
Dislipemia	44 (57,9%)	49 (60,5%)
FA/*flutter*	49 (64,5%)	56 (69,1%)
ERC	33 (43,4%)	41 (50,6%)
EAC	14 (18,4%)	12 (14,8%)
		0,54
		0,438
		0,74
		0,535
		0,367
		0,544
TropT	76 (52,3; 112)	62 (40; 97)
		0,063

		3.208 (1.813; 7.922)
NT-proBNP	4.366 (2.467; 9.412)	
		0,173
		0,83 ± 1,23
Ingresos ICC post	0,526 ± 0,93	
		0,078
		38 (46,9%)
Muerte	30 (39,5%)	
		0,347

Dx: diagnóstico; ATTR: amiloidosis cardiaca secundaria a depósito de transtirretina; AL: amiloidosis por cadenas ligeras; HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; FA: fibrilación auricular; ERC: enfermedad renal crónica; EAC: enfermedad arterial coronaria; TropT: troponina ultrasensible; NT-ProBNP: péptido natriurético atrial; ICC: insuficiencia cardiaca congestiva.



Curva de supervivencia según diagnóstico precoz (6 m).

Conclusiones: En nuestro estudio existe una mayor tendencia en los reingresos por IC en aquellos pacientes con diagnóstico tardío de AC, sin repercusión en la supervivencia de forma significativa. Las *red flags* proporcionan una forma de diagnóstico precoz con una prevalencia considerable en nuestra serie similar en ambos grupos.