



5013-2. IMPACTO PRONÓSTICO DEL DIAGNÓSTICO DE LA AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRRETINA

Leyre Hernández de Alba¹, Cristina Goena Vives², Xabier Arana Achaga¹, Iñaki Villanueva Benito¹, Itziar Solla Ruíz¹, Irene Rilo Miranda¹, Ainhoa Rengel Jiménez¹, Laura Mañas Alonso², Álvaro Gómez¹ y Ramón Querejeta Iraola¹

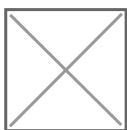
¹Hospital Donostia, San Sebastián y ²Hospital de Mendaro, Guipúzcoa.

Resumen

Introducción y objetivos: En los últimos años, se han realizado importantes avances en el diagnóstico y tratamiento de la amiloidosis cardiaca por transtirretina (ATTR). El objetivo de este estudio es analizar la ocurrencia de eventos adversos en el seguimiento de una cohorte de pacientes estudiada por sospecha de ATTR.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo que incluyó a todos los pacientes que se sometieron a gammagrafía cardiaca con 99Tc-DPD y estudio hematológico por sospecha de ATTR, independientemente del síntoma de presentación. Aquellos con diagnóstico de ATTR se compararon con pacientes no ATTR. Se excluyeron los pacientes con amiloidosis AL y aquellos con ATTR que recibieron tratamiento específico para esta enfermedad.

Resultados: Del total de 266 pacientes con sospecha de ATTR (grosor del septo ≥ 12 mm + 1 *red flag*), 135 (51%) fueron ATTR y 131 (49%) no ATTR. Los ATTR fueron significativamente más añosos, varones y presentaron mayor prevalencia de fibrilación auricular, intolerancia a IECA/bloqueadores beta y síndrome del túnel carpiano. 96 (71%) ATTR tenían insuficiencia cardiaca (IC) previa frente a 54 (41%) en no-ATTR. No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la estenosis aórtica, estenosis de canal lumbar, marcapasos, niveles de creatinina, NTproBNP y troponina. En el ECG, el grupo ATTR presentó con mayor frecuencia bajos voltajes, patrón de pseudoinfarto, así como bloqueos AV de cualquier grado. Los hallazgos ecocardiográficos no mostraron diferencias en la fracción de eyección del ventrículo izquierdo, pero el grupo ATTR presentó un mayor grosor miocárdico, presiones de llenado más elevadas y patrón de “apical sparing”. La mediana de seguimiento fue de 13 meses (IQR 5-18 meses). Los eventos adversos fueron muerte, ingreso por IC, y el combinado de ingreso por IC o muerte. En el grupo ATTR, el 50% de los pacientes fallecieron o fueron ingresados por IC durante el seguimiento (fig.).



Muerte, ingreso por IC, y combinado de ingreso por IC o muerte en el grupo ATTR y no ATTR.

Conclusiones: Se recomienda el cribado de ATTR en pacientes con grosor septal ≥ 12 mm y una red flag de las incluidas en las guías de práctica clínica. La confirmación del diagnóstico de ATTR mejora la estratificación de riesgo de estos pacientes, ya que se trata de una entidad que se asocia con un peor

pronóstico, con mayor mortalidad y mayor número de ingresos por IC durante el seguimiento.