



13. EXPERIENCIA CON INHIBIDORES DEL SGLT2 EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRRETINA

Eva Gutiérrez Ortiz¹, Rui M. Domingues², Julia Playán Escribano¹, Iria Andrea González García⁶, Pablo Zulet Fraile¹, Inés Ramos González-Cristobal¹, Rocío Párraga Gutiérrez¹, María José López Yague¹, María Victoria Laguna Calle¹, Marta Vígara García³, Manuel Méndez Bailón⁴, Isidre Vila Costa⁵, Julián Pérez-Villacastín Domínguez⁵, Josebe Goirigolzarri Artaza⁵ y María Alejandra Restrepo Córdoba⁵

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ²Medicina Interna. Hospital de Braga, Braga, Portugal, ³Geriatría. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ⁴Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ⁵Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España y ⁶Cardiología. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada (Madrid), España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) han demostrado de manera sólida sus beneficios en los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC). Sin embargo, su papel no ha sido evaluado en pacientes con amiloidosis cardiaca por transtirretina (ACTTR). El objetivo de este estudio es describir la tolerancia y seguridad de los iSGLT2 en una cohorte de pacientes con IC secundaria ACTTR.

Métodos: se evaluó de forma retrospectiva una cohorte de 27 pacientes con AC-ATTR (2 ACTTR hereditarias, 89% varones). Identificamos los pacientes tratados con iSGLT2 durante al menos 3 meses. Se analizaron las características clínicas basales, los eventos adversos (EA) que incluyen muerte, hospitalización por IC y fracaso renal agudo, y los EA relacionados con el tratamiento con iSGLT2 definidos como infección genitourinaria, fracturas óseas, hipotensión sintomática y amputación. Los resultados se estratificaron por grupo de tratamiento.

Resultados: Un total de 11 pacientes recibió tratamiento con iSGLT2 (40,7%), durante una mediana de tiempo de 11 meses [rango intercuartílico (RI): 4-18]. La edad media de los pacientes tratados fue de $83,3 \pm 5,5$ años y $85,7 \pm 4$ años en la cohorte no tratada ($p = 0,6$). No hubo diferencias en las características clínicas basales entre grupos, salvo el menor peso entre los tratados ($71,4 \pm 11,5$ Kg vs $60,8 \pm 7,1$; $p = 0,009$). Los pacientes con iSGLT2 presentaron una enfermedad más avanzada, con mayor frecuencia de IC al diagnóstico ($81,8$ vs $37,5\%$; $p = 0,023$), peor estadio Gillmore (estadio ? 2: $81,8$ vs $35,7\%$; $p = 0,021$), menor fracción de eyección ventricular izquierda ($47,6 \pm 12,2$ vs $58 \pm 10\%$; $p = 0,030$) y tendencia a un mayor NTProBNP basal [mediana (RI) 5.024 pg/ml ($899-9.801$) vs 1.372 pg/ml ($587-3.983$); $p = 0,070$] comparado con la cohorte de referencia. Al final del seguimiento, se objetivó un filtrado glomerular menor en los pacientes tratados ($58,7 \pm 14,5$ ml/min vs $46,6 \pm 11,1$ ml/min; $p = 0,043$). Se presentaron 7 ingresos por IC, sin diferencias entre grupos. No hubo otros EA cardiacos ni EA relacionados con el tratamiento. Un paciente suspendió el tratamiento a los 4 meses por una pérdida progresiva de peso (3 Kg).

Características clínicas basales y en el seguimiento de los pacientes con ACTTR de acuerdo con la presencia de tratamiento con iSGLT2

	Sin iSGLT2 (n = 16)	Con iSGLT2 (n = 11)	p
Características basales			
<i>FA/Flutter</i>	6 (37,5)	7 (63,6)	0,182
HTA	11 (68,8)	8 (72,7)	0,474
DM	1 (6,3)	2 (18,1)	0,332
ERC (FG 60 ml/min)	10 (62,5)	8 (72,7)	0,580
Diurético de ASA	14 (87,5)	8 (72,7)	0,332
NYHA			
II	14 (87,5)	8 (72,7)	0,332
III	2 (12,5)	3 (27,3)	
FG, ml/min	59,5 ± 16,1	54,9 ± 20,5	0,549
Seguimiento			
NYHA			
II	9 (60)	5 (45,5)	0,530
III	5 (33,3)	5 (45,4)	
Estadio Gillmore ? 2	7 (46,6)	9 (81,8)	0,069
NTproBNP, pg/ml	1910 (883-5398)	5592 (2342-8277)	0,065
Peso, Kg	66,8 ± 8	61,5 ± 9,1	0,115

FEVI, %	55,8 ± 11,9	46,8 ± 11,5	0,110
Ingreso por IC	4 (28,5)	3 (27,2)	0,943

Datos expresados como número total (%) o media ± desviación estándar, excepto el NTProBNP que se expresa como mediana (Q1-Q3). FA: fibrilación auricular; HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; ERC: enfermedad renal crónica; FG: filtrado glomerular; IC: insuficiencia cardiaca.

Conclusiones: Los iSGLT2 fueron bien tolerados en una cohorte de pacientes con AC-ATTR, incluso en pacientes con enfermedad más avanzada. Son necesarios más estudios para establecer su eficacia y seguridad en este subgrupo de pacientes.