



6040-16. PREDICTORES CLÍNICOS, DE LABORATORIO, ELECTOCARDIOGRÁFICOS Y DE IMAGEN MULTIMODAL EN AMILOIDOSIS CARDIACA

Rubén Fernández Galera¹, Yassin Behnalech¹, Iliaria Dentamaro¹, Xabier Cía Mendioroz², Laura Gutiérrez García-Moreno¹, Laura Galian Gay¹, Guillem Casas Masnou¹, Filipa Valente¹, Gisela Teixido Tura¹, María Luz Servato¹, María Isabel González del Hoyo¹, M. Teresa González Alujas¹ y José Rodríguez-Palomares¹

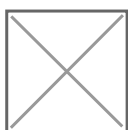
¹Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. ²Hospital Puerta de Hierro, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La afectación cardiaca en la amiloidosis se encuentra en aproximadamente el 50% de los pacientes (p), y conlleva un peor pronóstico. El objetivo del presente estudio fue evaluar los principales predictores de eventos adversos en la amiloidosis cardiaca (CA) mediante un enfoque multiparamétrico.

Métodos: Incluimos p con CA durante un periodo de 10 años (de 2010 a 2020). Se recogieron los datos clínicos, de laboratorio y ecocardiográficos a partir de la historia clínica. Recogimos los antecedentes clínicos. Realizamos un estudio de imagen mediante ecocardiograma transtorácico (ETT) y cardiorresonancia magnética (CMR). Registramos los marcadores de CA en ETT (grosor, función diastólica y sistólica, tamaño de la aurícula, derrame pericárdico y parámetros de deformación miocárdica), así como parámetros de función por CMR, masa miocárdica y caracterización tisular. Finalmente evaluamos los parámetros relacionados con mortalidad en el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 98 p, con edad media de $67,5 \pm 16,9$ años. El seguimiento medio fue de 42,2 meses. 22 p (24,4%) tenían amiloidosis AL, 34 p (37,8%) amiloidosis ATTRwt y 34 p (37,8%) amiloidosis ATTRm. 43p (47,78%) murieron en el seguimiento. Los factores relacionados con mortalidad fueron: edad (HR 1,08) hipertensión (HR 2,8) diabetes (HR 3,12) ictus previo (HR 2,69) clase NYHA al diagnóstico (HR 2,49), bajo voltaje (HR 2,31) patrón de pseudoinfarto (HR 1,9); BNP (HR 10,29) creatinina (HR 1,42); grosor del septo (HR 1,09) y pared posterior (HR 1,14), fracción de eyección (HR 0,96) *strain* global longitudinal (HR 1,18), ratio E/A (HR 2,29) E/e' (HR 1,13) tamaño de la aurícula izquierda (HR 1,05); presencia de fibrosis auricular (HR 4,17) realce tardío de gadolinio (HR 1,06). Tras un análisis multivariado con modelo de regresión de Cox, los factores que se relacionaron de forma independiente con mortalidad fueron la clase NYHA al diagnóstico ($p = 0,002$) y el tipo de amiloidosis ($p = 0,002$) teniendo la ATTRm un mejor pronóstico comparada con ATTRwt y AL (*log-rank* $p = 0,001$).



Mortalidad en función del tipo de amiloidosis.

Conclusiones: La mortalidad de los pacientes con CA es alta. Diversos parámetros clínicos de laboratorio y de imagen cardíaca se relacionaron con una mayor mortalidad. Entre los diferentes tipos de amiloidosis, los pacientes con ATTRm tuvieron un mejor pronóstico, lo que puede tener implicaciones terapéuticas.