Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 807

Revista Española de Cardiología

5018-2. PREVALENCIA E IMPACTO PRONÓSTICO DE LA AMILOIDOSIS CARDIACA EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE SOMETIDOS A IMPLANTE PERCUTÁNEO DE VÁLVULA AÓRTICA

Diego López Otero[1], María Bastos Fernández[1], Javier López Pais[1], Virginia Pubul Núñez[2], María Mallon Araujo[2], Diana Pereiro Montes[1], Ana Belén Cid Álvarez[1], Ramiro Trillo Nouche[1], Xoan Carlos Sanmartín Pena[1] y José Ramón González Juanatey[1]

[1]Servicio de Cardioloxía y [2]Servicio de Medicina Nuclear. Complexo Hospitalario de Santiago de Compostela (A Coruña).

Resumen

Introducción y objetivos: La estenosis aórtica (EA) y la amiloidosis cardiaca por transtirretina (AC) se asocian típicamente al envejecimiento. La disnea es el síntoma principal, por lo que el diagnóstico de AC está subestimado en presencia de EA. Pretendemos determinar la prevalencia real de AC en pacientes con EA sometidos a TAVI y su influencia en el pronóstico.

Métodos: Tras el implante, y antes del alta hospitalaria, se realizó en todos los pacientes cribado AC mediante gammagrafía con 99mTc-3,3-difosfono-1,2-propanodicarboxílico, y se excluyó pico monoclonal en sangre y orina para descartar AC-AL. Según la clasificación de Perugini, se establecieron los grados 1, 2 y 3 de AC y grado 0 como ausencia de AC.

Resultados: Se incluyeron 325 pacientes. La incidencia de AC fue del 11,7% (38 pacientes). Grado 1 39,4% (15), grado 2, 34,2% (13) y grado 3, 26,3% (10). Los pacientes con AC eran más frecuentemente varones (mujeres 36,8 vs 54%, p = 0,046), tenían un gradiente transvalvular medio más bajo (43,2 ± 14,0 mmHg vs 50,9 ± 14,7 mmHg, p = 0,003) y mayor espesor del tabique interventricular (15,4 ± 2,3 mm vs 14,4 ± 2,7 mm, p = 0,038). No hubo diferencias en el resto de variables clínicas o analíticas, incluyendo clase funcional o NT proBNP (3663,3 ± 4343,9 vs 3815,4 ± 7901,7, p = 0,912). Según la clasificación VARC-3, no hubo diferencias en las complicaciones periprocedimiento entre ambos grupos (tabla). El tiempo medio de seguimiento fue de 19,0 ± 7,4 meses. Durante este tiempo, no hubo diferencias en la aparición de MACE, definido como mortalidad por todas las causas, insuficiencia cardiaca, infarto agudo de miocardio o accidente cerebrovascular, entre pacientes con y sin AC, HR 1,41, IC95% 0,64-3,14; p = 0,397. Tampoco las hubo cuando analizamos estos eventos por separado. A los seis meses hubo una mejoría en la clase funcional en todos los grupos, aunque esta no fue significativa en los pacientes con AC grado 3, (p = 0,556). En cuanto a los valores de NT proBNP, estos también bajaron en todos los grupos pero solo de forma significativa en los pacientes sin AC (fig.).

Complicaciones periprocedimiento en pacientes con y sin AC

Evento	Gammagrafía +	Gammagrafía -	p

BAV (%)	13,6	7,9	0,325
BRIHH (%)	30,4	28,9	0,853
Complicación vascular mayor (%)	0,3	2,6	0,652
IAM (%)	0,3	0	0,976
ICTUS (%)	3,1	2,6	0,866
Insuficiencia cardiaca (%)	4,2	2,6	0,647
Insuficiencia renal (estadio 3) (%)	2,1	0	0,566
Implante de marcapasos (%)	19,2	13,2	0,370
Sangrado mayor (%)	7,3	15,8	0,202

BAV: bloqueo auriculo-ventricular. BRIHH: bloqueo de la rama izquierda del haz de Hiss.IAM: infarto agudo de miocardio.

Valores de NTproBNP antes y a los seis meses del implante.

Conclusiones: La coexistencia de EA y AC en pacientes sometidos a TAVI es relativamente frecuente. Aunque no hay más complicaciones intrahospitalarias o en el seguimiento a medio plazo que en pacientes sin AC, el grado de mejoría sintomática y normalización de los péptidos natriuréticos es menor en estos pacientes, sobre todo en los estadios más avanzados.