



2. PREVALENCIA DE AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRRETINA EN PACIENTES ANCIANOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR DE RECIENTE APARICIÓN

Paloma Remior Pérez¹, Miriam Gómez Molina², María Gallego Delgado³, Daniel García Rodríguez⁴, Francisco Javier de Haro del Moral⁵, Laroussi Mohamed Salem⁶, Fernando Hernández Terciado⁴, Daniel de Castro Campos⁴, Eduardo Villacorta Argüelles³, Domingo Andrés Pascual Figal² y Pablo García Pavía⁴

¹Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España, ²Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España, ³Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España, ⁴Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España, ⁵Medicina Nuclear. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España y ⁶Medicina Nuclear. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.

Resumen

Introducción y objetivos: En los últimos años, ha crecido el interés en la amiloidosis cardiaca (AC) por transtirretina (ATTR) como etiología potencialmente tratable de insuficiencia cardiaca. La fibrilación auricular (FA) es frecuente en pacientes con ATTR y se ha sugerido que podría emplearse como marcador precoz de esta entidad. Nuestro objetivo fue evaluar la prevalencia de ATTR en pacientes con diagnóstico reciente de FA y determinar si este escenario clínico es adecuado para hacer cribado de ATTR.

Métodos: Estudio prospectivo desarrollado en 3 hospitales terciarios españoles. Se incluyeron pacientes > 65 años con FA de reciente diagnóstico (1 característica clínica, ECG o ecocardiográfica sugestiva de ATTR). El cribado no invasivo de ATTR se realizó mediante gammagrafía cardiaca ^{99m}Tc-DPD. A los pacientes con captación sugestiva de ATTR (Perugini 2-3) se les realizó estudio hematológico y genético. Se registraron variables demográficas y parámetros analíticos, electrocardiográficos y ecocardiográficos.

Resultados: Se incluyeron un total de 121 pacientes (75% varones, edad media 77 ± 7 años). Diez pacientes (8,3%, IC95%:4-14,7%), fueron diagnosticados de AC: 5 con ATTR *wild-type* (ATTRwt) definitiva, 4 con ATTRwt probable y uno como AC indeterminada. En comparación con los pacientes sin AC, los pacientes con AC eran predominantemente varones (90 vs 59%; $p = 0,047$) con una edad más avanzada (84 ± 4 vs 76 ± 7 años; $p = 0,001$) y presentaban niveles mayores de NTproBNP (3.800 pg/L, RIC 1.682-6.101 vs 1.048 pg/L, RIC 427-3.154; $p = 0,017$) y un mayor grosor del ventrículo izquierdo (14 mm, RIC 13-17 vs 12 mm, RIC 12-13; $p = 0,003$). Los pacientes con AC tuvieron una mayor tasa de FA permanente (90 vs 49,5%; $p = 0,018$) y de implante de marcapasos definitivo (30 vs 7,3%; $p = 0,049$) durante el seguimiento. No se observaron diferencias en mortalidad entre ambos grupos tras una mediana de seguimiento de 13 meses (RIC 11-16 meses).

Características basales y eventos de los pacientes con gammagrafía negativa y pacientes con amiloidosis cardiaca

| | Gammagrafía ^{99m} Tc DPD negativa (n = 111) | Amiloidosis cardiaca (n = 10) | p |
|---------------------------------------|--|----------------------------------|-------|
| Edad, años (DE) | 76,1 (± 7,2) | 84,3 (± 3,9) | 0,001 |
| Sexo masculino (%) | 65 (58,6) | 9 (90,0) | 0,047 |
| Características clínicas | | | |
| IC (%) | 46 (41,4) | 6 (60,0) | 0,324 |
| Enfermedad arterial periférica (%) | 4 (3,6) | 0 (0,0) | 0,705 |
| Enfermedad coronaria (%) | 19 (17,1) | 2 (20,0) | 0,684 |
| ACV (%) | 16 (14,4) | 2 (20,0) | 0,643 |
| Síndrome túnel del carpo (%) | 3 (2,7) | 1 (10,0) | 0,295 |
| Estenosis canal lumbar (%) | 2 (1,8) | 1 (10,0) | 0,230 |
| Polineuropatía (%) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | - |
| Marcapasos (%) | 8 (7,2) | 0 (0,0) | 1 |
| Laboratorio | | | |
| TFGe, ml/min/1,73 m ² (DE) | 68,90 (± 21,92) | 56,56 (± 24,01) | 0,093 |
| NTproBNP, pg/L (RIC) | 1048 (427-3154) | 3800 (1682-6101) | 0,017 |
| ECG | | | |
| Bajos voltajes (%) | 21 (19,1) | 4 (40,0) | 0,214 |

| | | | |
|---------------------------------------|------------|------------|-------|
| Hipertrofia ventricular izquierda (%) | 10 (9,1) | 1 (10,0) | 1,000 |
| Patrón pseudoinfarto (%) | 16 (14,5) | 2 (20,0) | 0,645 |
| Ecocardiograma | | | |
| FEVI, % (RIC) | 58 (51-63) | 62 (53-68) | 0,168 |
| Grosor septo, mm (RIC) | 12 (12-13) | 14 (13-17) | 0,003 |
| Grosor pared posterior, mm (RIC) | 11 (9-12) | 14 (12-18) | 0,002 |
| Eventos | | | |
| Muerte (%) | 12 (10,8) | 2 (20,0) | 0,326 |
| Ingreso por IC (%) | 7 (6,3) | 0 (0,0) | 0,538 |
| ACV (%) | 6 (5,4) | 0 (0,0) | 0,589 |
| FA a los 6 meses (%) | 45 (46,4) | 10 (100,0) | 0,001 |
| FA permanente (%) | 55 (49,5) | 9 (90,0) | 0,018 |
| Marcapasos (%) | 8 (7,2) | 3 (30,0) | 0,049 |

ACV: accidente cerebrovascular; DS: desviación estándar; FA: fibrilación auricular; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IC: insuficiencia cardiaca; RIC: rango intercuartílico; TFGe: tasa filtrado glomerular estimado,



Flujo de pacientes en el estudio.

Conclusiones: Una proporción significativa de individuos mayores de 65 años con FA de reciente comienzo y alguna característica adicional sugestiva de AC tienen ATTR. La confluencia de FA de reciente diagnóstico con una de estas características constituye un nuevo escenario en el que se debe considerar el cribado de

ATTR.