



Revista Española de Cardiología



6011-67. ¿PODEMOS MEJORAR LA DETECCIÓN PRECOZ DE ARRITMIAS EN AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRRETINA?

Julia Martínez Solé¹, Esther González López², Nerea Mora Ayestarán², Carlos Miguel Veras Burgos³, Sara Huélamo Montoro⁴, José Carlos Sánchez Martínez⁴, Esther Soriano Zorio⁵, Luis Martínez Dolz⁶, Aitana Braza Boils⁷, Tomás Ripoll Vera³ y Esther Zorio⁸

¹Servicio de Cardiología. CAFAMUSME IIS La Fe de Valencia. Hospital Universitario La Fe, Valencia, España, ²Unidad de Cardiopatías Familiares. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España, ³Unidad de Cardiopatías Familiares. Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca (Illes Balears), España, ⁴Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Fe, Valencia, España, ⁵Blautic S.L., Valencia, España, ⁶Servicio de Cardiología. Grupo de Investigación Traslacional en Cardiología IIS La Fe de Valencia, CIBERCV Madrid. Hospital Universitario La Fe, Valencia, España, ⁷CAFAMUSME. CIBERCV Madrid. Fundación para la Investigación del Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España y ⁸Cardiopatías Familiares. CAFAMUSME IIS La Fe de Valencia, CIBERCV Madrid. Hospital Universitario La Fe, Valencia, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular, el *flutter* auricular y el bloqueo auriculoventricular (BAV) son frecuentes en amiloidosis cardiaca por transtirretina (ATTR-CM) (FA/*flutter* 2-5% persona/año y BAV 30-35% de los pacientes, respectivamente). El objetivo del trabajo fue el de comparar la detección de estas arritmias con el seguimiento convencional (SC) y con el control Ziven (CZ) con banda ECG no invasiva.

Métodos: El registro AFEDI de ATTR-CM, multicéntrico y prospectivo, que excluye los anticoagulados o con dispositivos implantables, aleatorizó consecutivamente 1:1 a SC y CZ. El evento principal (EP) es FA/*flutter* y BAV. El evento combinado (EC) añade ictus y mortalidad total. Los casos se censuran con lo que primero sucede: evento o fin seguimiento (por protocolo tras 2 años o deseo del paciente o necesidad de cardioestimulación). Presentamos resultados preliminares (cierre del seguimiento 31/7/2025).

Resultados: Se incluyeron 76 pacientes, 76% hombres, 72,1 años (73 SC y 71 SZ), 62% ATTRv, 38% ATTRwt, 0% palpitaciones/síncope, seguimiento medio actual de 15,5 +/- 7,5 meses y uso medio del dispositivo del grupo CZ de 4,5 horas/día (0,2-19). Identificamos en CZ (N = 37) 6 EP y 6 EC (5 antes y 1 coincidiendo con detección convencional, 4 FA/*flutter* y 2 BAV) y en SC (N = 39) 2 EP (1 FA/*flutter* y 1 BAV) y 8 EC (2 EP, 2 ictus, 4 muertes extracardiacas). Adicionalmente en el brazo CZ registramos eventos no identificados por Ziven: 1 marcapasos precoz tras implante TAVI y 1 marcapasos por trastornos de CAV basal y síncope sin llevar puesto el Ziven.

Conclusiones: Aunque sin diferencias significativas en eventos, en 13,5% (5/37) de los pacientes con CZ implementamos medidas terapéuticas gracias al dispositivo (3 anticoagulación por FA/*flutter* y 2 marcapasos por BAV). El 2,6% (2/76) del grupo total desarrolló ictus, todos en el brazo SC. El control intensivo y no invasivo del ECG parece ser útil en pacientes ATTR-CM, todos con alto riesgo arrítmico inicial, resultados que deberán ser confirmados en la serie total y/o otros estudios.

Pfizer Global 2021-678-1.