



## 6011-64. RED FLAGS Y SU INFLUENCIA PRONÓSTICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDIACA

Emilio Blanco López<sup>1</sup>, Jesús Piqueras Flores<sup>2</sup>, Jorge Martínez del Río<sup>2</sup>, Martín Negreira Caamaño<sup>3</sup>, Cristina Mateo Gómez<sup>1</sup>, Daniel Águila Gordo<sup>1</sup>, Maeve Soto Pérez<sup>1</sup>, Andrez Felipe Cubides Novoa<sup>1</sup>, Pablo Soto Martín<sup>1</sup>, Beatriz Jiménez Rubio<sup>1</sup>, Marta Andrés Sierra<sup>1</sup>, Cinthya Nuez Cuatango<sup>1</sup>, Laura Montesinos Vinader<sup>1</sup> e Ignacio Sánchez Pérez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España, <sup>2</sup>Unidad de Cardiopatías Familiares, Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España y <sup>3</sup>Unidad de Arritmias, Servicio de Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La amiloidosis cardiaca (AC) es una patología de curso crónico, infradiagnosticada y con una elevada morbilidad asociada. La identificación de *red flags* (RF) juega un papel fundamental en el diagnóstico precoz, contribuyendo a seleccionar pacientes potencialmente candidatos a terapias específicas que podrían cambiar el curso de esta enfermedad. Sin embargo, conocemos poco acerca de la influencia que estas RF tienen en el pronóstico final. **Objetivos:** analizar la prevalencia de RF y determinar su influencia pronóstica en una cohorte de pacientes con AC.

**Métodos:** Estudio longitudinal, retrospectivo y observacional a partir de una cohorte de 102 pacientes (edad media  $81,6 \pm 7,7$  años) con diagnóstico definitivo de AC de acuerdo a los criterios vigentes (forma no invasiva e invasiva). Se realizó recogida de variables y búsqueda en historia clínica revisando la aparición de cada una de las RF y eventos. Mediana de seguimiento de 19,5 meses (rango intercuartílico 8-28 meses).

**Resultados:** Se incluyen 102 pacientes (85,3% ATTR *wild-type*, 3,9% ATTR variante y 10,8% AL). Se registraron un total de 21 RF, incluyendo clínicas, electrocardiográficas, analíticas y de imagen. Las más frecuentes fueron las de imagen (hipertrofia ventricular y dilatación auricular), seguidas de otras como biomarcadores y tegumentarias. Se analizó la asociación entre las diferentes RF con la evolución de los pacientes según la aparición o empeoramiento de IC, necesidad de implante de marcapasos (MCP) o mortalidad (tabla). Bloqueo AV, patrón de seudoinfarto y la presencia de 7 o más RF, se asociaron al requerimiento de implante de MCP definitivo. Múltiples RF tanto clínicas como analíticas y de imagen, así como la presencia de 3 o más RF, se asociaron con el desarrollo o empeoramiento de IC. Las RF analíticas (biomarcadores NT-proBNP y troponina), se asociaron con mayor mortalidad, objetivándose también mayor mortalidad en aquellos pacientes que presentaban mayor número de RF (a partir de 10).

Influencia de las RF y el número de éstas en la morbilidad ( *exitus*, desarrollo/empeoramiento de IC, requerimiento de implante de marcapasos definitivo).  
Prevalencia (%) y p-valor de cada RF para cada uno de los eventos pronósticos estudiados

| <i>Red flag</i>                         | Mortalidad (%) | p             | Insuficiencia cardiaca (%) | p             | Implante de marcapasos (%) | p             |
|-----------------------------------------|----------------|---------------|----------------------------|---------------|----------------------------|---------------|
| Bloqueo AV                              | 39,3           | 0,226         | 85,7                       | 0,627         | 48,1                       | <b>0,001*</b> |
| Patrón pseudoinfarto                    | 46,7           | 0,673         | 88,9                       | 0,856         | 4,4                        | <b>0,006*</b> |
| Fibrilación auricular                   | 50             | 0,721         | 97,4                       | <b>0,001*</b> | 16,7                       | 0,358         |
| Hipertrofia ventricular                 | 48,5           | 0,305         | 89,1                       | <b>0,006*</b> | -                          | -             |
| Dilatación aurícula izquierda           | 47,4           | 0,155         | 90,7                       | <b>0,001*</b> | 15,5                       | 0,385         |
| <i>Sparkling</i>                        | 55             | 0,149         | 96,7                       | <b>0,002*</b> | 18,3                       | 0,259         |
| Engrosamiento válvulas AV               | 59,5           | 0,112         | 97,3                       | <b>0,032*</b> | 10,8                       | 0,336         |
| Derrame pericárdico                     | 47,1           | 0,692         | 96,1                       | <b>0,014*</b> | 11,8                       | 0,400         |
| Apical <i>sparing</i>                   | 17,4           | 0,366         | 95,7                       | <b>0,001*</b> | 17,4                       | 0,366         |
| Troponina elevada persistente           | 51             | 0,692         | 98                         | <b>0,002*</b> | 19,6                       | 0,161         |
| NT-proBNP elevado desproporcionadamente | 40,5           | <b>0,005*</b> | 91,9                       | 0,062         | 16,2                       | 0,534         |
| Biomarcadores                           | 44,8           | <b>0,041*</b> | 93,1                       | <b>0,001*</b> | 17,2                       | 0,100         |
| 3 o más RF                              | 48,5           | 0,305         | 89,1                       | <b>0,006*</b> | -                          | -             |
| 4 o más RF                              | 48             | 0,145         | 90                         | <b>0,001*</b> | 15                         | 0,669         |

|             |      |       |      |               |      |               |
|-------------|------|-------|------|---------------|------|---------------|
| 6 o más RF  | 47,3 | 0,305 | 92,3 | <b>0,001*</b> | 16,5 | 0,156         |
| 7 o más RF  | 45,6 | 0,196 | 96,2 | <b>0,001*</b> | 19   | <b>0,028*</b> |
| 8 o más RF  | 43,8 | 0,097 | 95,9 | <b>0,001*</b> | 20,5 | <b>0,009*</b> |
| 9 o más RF  | 45,4 | 0,436 | 100  | <b>0,001*</b> | 21,8 | <b>0,035*</b> |
| 10 o más RF | 35,4 | 0,071 | 100  | <b>0,015*</b> | 19,3 | 0,391         |

**Conclusiones:** La prevalencia de RF en esta cohorte fue muy elevada, especialmente las de imagen. Tanto el número como la naturaleza de muchas de las RF estudiadas se asociaron con mayor riesgo de desarrollo o empeoramiento de IC, requerimiento de MCP o *exitus*. Las RF analíticas y la presencia de 10 o más RF se asociaron con mayor mortalidad en esta cohorte.