



## 6013-115. PAPEL DE LOS NIVELES DE CA125 EN EL DIAGNÓSTICO DE LA AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRRETINA: ¿UNA NUEVA *RED FLAG*?

Belén Peiró Aventín<sup>1</sup>, Enrique Santas Olmeda<sup>2</sup>, María Ruiz Cueto<sup>3</sup>, Nerea Mora Ayestarán<sup>1</sup>, Ana Briceño Hinojo<sup>1</sup>, Clara Badia Molins<sup>3</sup>, Daniel de Castro Campos<sup>1</sup>, Rafael de la Espriella Juan<sup>2</sup>, Fernando Domínguez Rodríguez<sup>1</sup>, Esther González López<sup>1</sup>, Antoni Bayés Genís<sup>3</sup>, Pablo García Pavía<sup>1</sup> y Julio Núñez Villota<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España y <sup>3</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La detección de la amiloidosis cardiaca por transtirretina (ATTR-CA) continúa siendo un desafío en la práctica clínica. El antígeno carbohidrato 125 (CA125) es un biomarcador ampliamente reconocido en la insuficiencia cardiaca, asociado a inflamación y sobrecarga de volumen. Sin embargo, su papel en el diagnóstico de la ATTR-CA es desconocido. El objetivo fue evaluar el valor del CA125 como *red flag* para la sospecha de ATTR-CA.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de casos y controles, multicéntrico, que incluyó a 626 pacientes ambulatorios consecutivos (edad mediana 79 años; 74,8% varones) de tres centros terciarios, que habían sido sometidos a una gammagrafía con 99mTc-DPD por sospecha de ATTR-CA y con una determinación de CA125 disponible en el momento de la evaluación. Se determinó el punto de corte CA125 para alcanzar un valor predictivo positivo > 80%, y se evaluó en dos modelos de regresión logística multivariante.

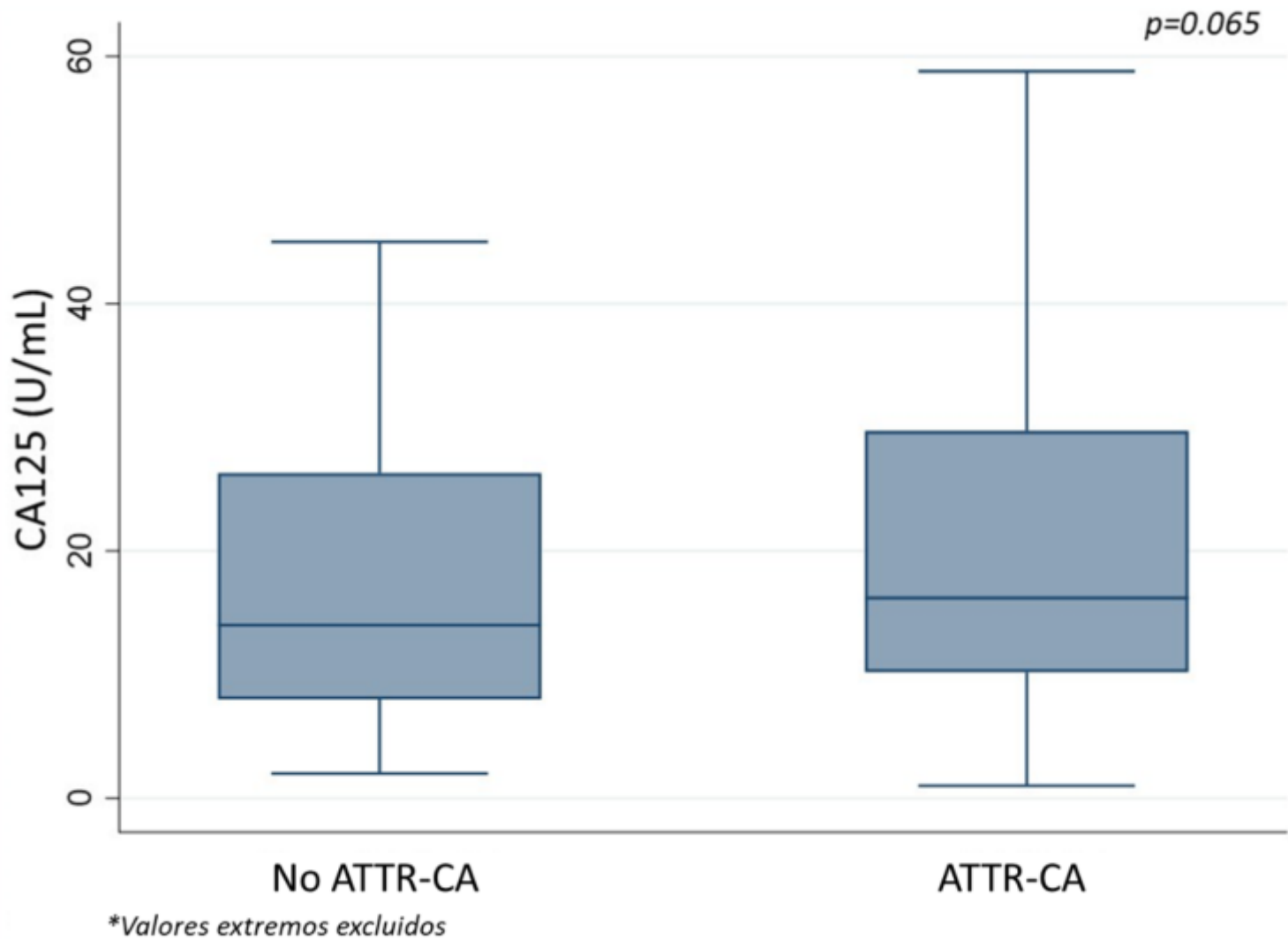
**Resultados:** Tras el estudio diagnóstico, 451 pacientes (72%) fueron diagnosticados de ATTR-CA y en 175 (28%) se descartó la enfermedad. Las características basales de la cohorte se presentan en la tabla. Comparados con los controles, los pacientes con ATTR-CA eran más frecuentemente varones y presentaban menos factores de riesgo cardiovascular y cardiopatía isquémica. Mostraban mayores volúmenes y grosores parietales del ventrículo izquierdo y una menor fracción de eyección biventricular. Los pacientes con ATTR-CA presentaban niveles más elevados de CA125 (16,2 [10,2-29,7] frente a 14 [8-26,3] U/ml;  $p = 0,065$ ) (Figura). El punto de corte de 50 U/ml mostró un valor predictivo positivo del 80,7% (IC95%: 77,6-83,8%). En un modelo de regresión logística multivariante, el CA125 fue un predictor independiente del diagnóstico de ATTR-CA (OR 1,91; IC95%: 1,04-3,53;  $p = 0,038$ ). La combinación de CA125 (> 50 U/ml;  $n = 88$ ) y NT-proBNP (> 2.500 pg/ml;  $n = 271$ ) mejoró significativamente la precisión diagnóstica del modelo. Los pacientes con ambos biomarcadores por encima de estos puntos de corte ( $n = 72$ ) mostraron una probabilidad casi 3 veces superior de diagnóstico de ATTR-CA (OR: 2,85; IC95%: 1,38-5,87;  $p = 0,005$ ).

Características basales de la cohorte

	Cohorte global (n = 626)	ATTR-CA (n = 451)	Controles (n = 175)	p

<b>Edad (años)</b>	79 (73,95-84,42)	78,21 (73,47-83,61)	81,33 (74,45-86,93)	<b>0,001</b>
<b>Varones (%)</b>	468 (74,76%)	368 (81,59%)	100 (57,14%)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Hipertensión (%)</b>	442 (70,61%)	296 (65,63%)	146 (83,43%)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Diabetes mellitus (%)</b>	195 (31,15%)	116 (25,72%)	79 (45,14%)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Cardiopatía isquémica (%)</b>	102 (16,29%)	65 (14,41%)	37 (21,14%)	<b>0,041</b>
<b>Clase funcional NYHA (%)</b>				0,117
<b>NYHA I</b>	154 (24,6%)	119 (26,39%)	35 (20%)	
<b>NYHA II</b>	342 (54,63%)	239 (52,99%)	103 (58,86%)	
<b>NYHA III</b>	130 (20,77%)	93 (20,62%)	37 (21,14%)	
<b>Dosis de furosemida (mg)</b>	40 (20-80)	40 (20-80)	40 (40-80)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>CA125 (U/ml)</b>	15,9 (9,6-29)	16,2 (10,2-29,7)	14 (8-26,3)	0,065
<b>CA125 &gt; 50 U/ml</b>	88 (14,06%)	71 (15,74%)	17 (9,71%)	<b>0,05</b>
<b>NT-proBNP (pg/ml)</b>	2.029 (812-4.140)	2.417 (983-4.317)	1.481 (547-3.255)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>NT-proBNP &gt; 2.500 pg/ml</b>	271 (43,29%)	217 (48,12%)	54 (30,86%)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>TFGe (ml/min/1,73 m<sup>2</sup>)</b>	58 (41-75)	60 (45-77)	48 (31-69)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>VTDVI (ml)</b>	79 (62-106)	83 (64-107)	73 (53-104)	<b>0,046</b>
<b>FEVI (%)</b>	56 (47,5-61,2)	55 (46,6-60)	59 (51-65)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Grosor SIV (mm)</b>	16 (14-19)	18 (15-20)	13 (12- 15)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>TAPSE (mm)</b>	19 (16-21)	18 (15-21)	20 (18-22)	<b>&lt; 0,001</b>

ATTR-CA: amiloidosis cardiaca por transtirretina; FEVI: fracción de eyección ventricular izquierda; NYHA: New York Heart Association; SIV: septo interventricular; TAPSE: excursión sistólica del anillo tricuspídeo; TFGe: tasa de filtración glomerular estimada; VTDVI: volumen telediastólico ventricular izquierdo.



*Distribución de los niveles de CA125 en función del diagnóstico de ATTR-CA.*

**Conclusiones:** En pacientes ambulatorios con sospecha de ATTR-CA, niveles de CA125 > 50 U/ml, especialmente en combinación con valores elevados de NT-proBNP, refuerzan la sospecha clínica y podrían ayudar a mejorar la detección de la enfermedad.