

Detección de troponina T ultrasensible en pacientes con riesgo cardiovascular. Respuesta



Detection of High-sensitivity Troponin T in Patients With Cardiovascular Risk. Response

Sr. Editor:

Hemos leído con interés la Carta al Editor de Velilla Moliner et al. relacionada con nuestro artículo y agradecemos las matizaciones realizadas¹.

A diferencia de los métodos diagnósticos que cuantifican la troponina I ultrasensible, los métodos que cuantifican la troponina T ultrasensible (TnT-us) permiten detectarla en torno al 35% de la población sana². Sin discutir cómo se define la población sana, y si el percentil 99 debe variar en función de las características de la población estudiada³, este aspecto no ha empañado el valor de la TnT-us tanto para diagnosticar el evento coronario agudo como para excluirlo (dado su elevado valor predictivo negativo⁴). Además, como bien apuntan los autores, la TnT-us ha demostrado también valor pronóstico no solo en poblaciones afectadas de cardiopatía, sino también en poblaciones sanas.

El biomarcador ideal debe ser útil en el diagnóstico, el pronóstico y también los aspectos relacionados con el tratamiento. En este último apartado, la TnT-us aparece como marcador de la eficacia del tratamiento pautado⁵ en la insuficiencia cardíaca.

Los hallazgos del registro TUSARC (Troponina T UltraSensible en pacientes de muy Alto Riesgo Cardiovascular) y otros obligan a los clínicos a indagar en las causas de elevación de la TnT-us más allá de la isquémica. En este sentido, cobra importancia la asociación de la TnT-us elevada con la insuficiencia cardíaca y la fibrosis miocárdica⁶, pues orienta su papel como marcador de daño estructural reversible o irreversible.

FINANCIACIÓN

Roche Diagnostis aportó los kits para la determinación de troponina, así como los controles tanto internos como externos.

Isabel Álvarez Nozal^a, Héctor García Pardo^b
y Diego Martín Raymondi^{b,*}

^aMedicina Familiar y Comunitaria, Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero, Burgos, España

^bServicio de Cardiología, Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero, Burgos, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dmartinr@saludcastillayleon.es
(D. Martín Raymondi).

On-line el 28 de marzo de 2017

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez I, Hernández L, García H, et al. Troponina T ultrasensible en pacientes asintomáticos de muy alto riesgo cardiovascular. Registro TUSARC. *Rev Esp Cardiol.* 2017;70:261-266.
2. Saenger AK, Beyrau R, Braun S, et al. Multicenter analytical evaluation of a high-sensitivity troponin T assay. *Clin Chim Acta.* 2011;412:748-754.
3. Gore MO, Seliger SL, de Filippi CR, et al. Age- and sex-dependent upper reference limits for the high sensitivity cardiac troponin assay. *J Am Coll Cardiol.* 2014;63:1441-1448.
4. Body R, Burrows G, Carley S, et al. High Sensitive Cardiac Troponin T as an Early Biochemical Signature for Clinical and Subclinical Heart Failure: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Clin Chem.* 2015;61:983-989.
5. McMurray J, Packer M, Desai AS, et al. Angiotensin-Neprilysin Inhibition versus Enalapril in Heart Failure. *N Engl J Med.* 2014;371:993-1004.
6. Seliger SL, Hong SN, Christenson RH, et al. High Sensitive Cardiac Troponin T as an Early Biochemical Signature for Clinical and Subclinical Heart Failure: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Circulation.* 2017. <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.025505>.

VEÁSE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2017.01.018>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2017.02.025>

0300-8932/

© 2017 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Diagnóstico de amiloidosis cardíaca. ¿Basta con una imagen?



Diagnosis of Cardiac Amyloidosis: Is Imaging Enough?

Sr. Editor:

Hemos leído con interés la imagen de García-González et al.¹. En ella se muestra una captación intensa del trazador de amiloide ¹⁸F-florbetapir en la PET/TC (tomografía por emisión de positrones/tomografía computarizada) de un varón de 75 años con mieloma múltiple e insuficiencia cardíaca. En el texto acompañante, los autores equiparan la positividad de esta prueba con el diagnóstico histológico de amiloidosis cardíaca (AC), y señalan que con ella puede evitarse el riesgo de complicaciones derivadas de la biopsia cardíaca.

Sin desdeñar la utilidad de la nueva prueba de imagen, creemos importante recordar algunos conceptos imprescindibles para el tratamiento de pacientes con AC en la práctica:

1. El diagnóstico de AC requiere una demostración histológica de depósito de sustancia amiloide, sea en el propio corazón o en biopsias de otros tejidos afectados². En el caso de que la biopsia proceda de un órgano diferente al corazón, es necesario hallar datos típicos de AC en pruebas de imagen cardíaca (ecocardiograma). No se debe olvidar que los falsos positivos pueden existir en cualquier prueba de imagen, y el diagnóstico de AC tiene frecuentemente graves implicaciones pronósticas y terapéuticas.

2. Un diagnóstico genérico de AC no es suficiente. Es necesario determinar la sustancia depositada, puesto que el pronóstico y el tratamiento de los distintos tipos de AC es muy diferente³. Para ello, es esencial la caracterización inmunohistoquímica del material amiloide presente en la biopsia, así como la demostración de proteína circulante en suero (cadenas ligeras en amiloidosis AL [amyloid light-chain]) o alteración genética causal (AC por transtiretina mutada).

Solo cuando se conoce el tipo específico de amiloidosis está justificado recomendar opciones terapéuticas tan radicales como el trasplante o la quimioterapia³. De hecho, el paciente estudiado en el artículo de García-González et al.¹ tiene, efectivamente, una probabilidad alta de presentar amiloidosis AL asociada a mieloma, pero por su edad y sexo no puede descartarse que presente AC senil (por depósito de transtiretina no mutada), que implicaría un pronóstico y una actitud terapéutica muy diferentes⁴. Únicamente cuando la sospecha es de AC senil (por su comportamiento más benigno y la ausencia de tratamiento específico), se ha propuesto que la positividad de la gammagrafía con tecnecio-99m podría obviar la realización de biopsia endomiocárdica⁵. No obstante, todavía no se ha podido demostrar lo apropiado de este proceder.

En conclusión, creemos que la irrupción de la PET/TC con ¹⁸F-florbetapir para el diagnóstico de AC es una excelente noticia, especialmente si se demuestra más sensible que otras técnicas de imagen (ecografía y resonancia) actualmente utilizadas para este fin⁶, pero ello no debe diferir la realización de una biopsia del órgano