



6035-14. EVOLUCIÓN ECOCARDIOGRÁFICA DE PACIENTES SOMETIDOS A GAMMAGRAFÍA CON 99MTC-DPD POR SOSPECHA DE AMILOIDOSIS CARDIACA

Noemí Ramos López, Marcos Ferrández Escarabajal, Daniel Enríquez Vázquez, Carlos Nicolás Pérez García, Cristina G. Wakfie-Corieh, Patricia Mahía Casado, Fabián Islas Ramírez, Jesús Diz Díaz, Eva Gutiérrez Ortiz, José Juan Gómez de Diego, Eduardo Pozo Osinalde, Pedro Marcos Alberca, David Vivas Balcones, Isidre Vilacosta y José Alberto de Agustín Loeches

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La amiloidosis cardiaca por transtirretina (ATTR) suele asociarse a engrosamiento del tabique interventricular (SIV), aunque este hallazgo no es específico y puede atribuirse a otras enfermedades como la hipertensión arterial (HTA) o la miocardiopatía hipertrófica. El objetivo fue evaluar los cambios ecocardiográficos a lo largo del tiempo en pacientes con hipertrofia ventricular, sometidos a gammagrafía con 99mTc-DPD (DPD).

Métodos: Registro retrospectivo de 63 pacientes sometidos a DPD por sospecha de amiloidosis cardiaca en nuestro centro entre 2018 y 2021. Se recogieron características clínicas y ecocardiográficas, incluyendo 2 ecocardiogramas por paciente, con una separación mínima de un año (eco1, eco2). Comparamos pacientes diagnosticados de ATTR, con gammagrafía positiva grado 2-3 (grupo ATTR), con pacientes con gammagrafía negativa (grado 0, grupo nATTR).

Resultados: La edad media de los pacientes fue de $81,3 \pm 8,6$ años, 67,7% varones. El 83,9% eran hipertensos, sin diferencias entre grupos (tabla). La gammagrafía fue positiva en 32 (51,6%) pacientes. La mediana de tiempo entre eco1 y eco2 fue de 3,5 años (ICR 1,2-7) años, sin diferencias entre grupos (4,9 años en grupo nATTR vs 3,8 años en ATTR, $p = 0,2$). Los resultados se muestran en la tabla. En eco1 no se observaron diferencias significativas en el SIV entre ambos grupos. Sin embargo, en eco2, los pacientes del grupo ATTR tenían un grosor del SIV significativamente mayor en comparación con el grupo nATTR. Se observó un crecimiento significativamente mayor del SIV y deterioro de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) en el grupo ATTR, entre eco1 y eco2 (tabla). El porcentaje de aumento de IVS respecto al valor basal también fue significativamente mayor en el grupo ATTR. No hubo diferencias significativas en el crecimiento del IVS por año. En el análisis multivariable, la FEVI y el grosor del SIV fueron predictores independientes de una DPD positiva.

	nATTR (N = 30)	ATTR (N = 33)	p
HTA	26 (86,7)	26 (81,3)	0,562

Años de HTA	14,9 ± 13,6	15,8 ± 5,5	0,208
PAS (mmHg)	134,8 ± 21,5	119 ± 16,6	0,006
SIV eco1 (mm)	14,1 ± 3,6	15,4 ± 3,4	0,06
SIV eco2 (mm)	14,9 ± 4,2	18,7 ± 3,3	0,001
FEVI eco1 (%)	57,8 ± 10,2	58,6 ± 9,7	0,99
FEVI eco2 (%)	54,9 ± 11,7	50 ± 10,4	0,06
PP eco1 (mm)	11,2 ± 2,6	13,2 ± 3,9	0,01
PP eco2 (mm)	14,4 ± 2,1	16,5 ± 3,5	0,001
TAPSE eco1 (mm)	20,1 ± 2,4	18,7 ± 4,6	0,2
TAPSE eco2 (mm)	20,1 ± 6,2	16,4 ± 3,7	0,03
Aumento SIV (mm)	0,82 ± 0,41	3,27 ± 0,47	0,001
Tasa crecimiento SIV (% respecto basal)	5,8 ± 14,2	23,7 ± 21,5	0,001
Crecimiento SIV/año (mm)	1,02 ± 3,91	1,62 ± 2,79	0,26
Cambio en FEVI	-3,9 ± 2	-10,2 ± 2,1	0,03

Conclusiones: El aumento de grosor del SIV y el deterioro de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo durante el seguimiento podrían ser una característica diferencial de la ATTR, frente a pacientes con hipertrofia ventricular de otras etiologías. Estos hallazgos ecocardiográficos podrían ayudar a sospechar la presencia de ATTR.