



6113-13. IMPACTO DEL *UPGRADE* A TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA O ESTIMULACIÓN DE RAMA IZQUIERDA EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRRETINA

Belén Peiró Aventín¹, Nerea Mora Ayestarán¹, Celia Gil Llopis², Daniel Águila Gordo³, Daniel de Castro Campos¹, Chinh Pham Trung⁴, Fernando Domínguez Rodríguez¹, Víctor Castro Urda⁴, Esther González López¹ y Pablo García Pavía¹

¹Unidad de Cardiopatías Familiares, Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España, ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España, ³Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España y ⁴Unidad de Electrofisiología, Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El curso clínico de los pacientes con amiloidosis cardiaca por transtirretina (ATTR-CA) portadores de marcapasos y con disfunción ventricular izquierda que son sometidos a *upgrade* a terapia de resincronización cardiaca (TRC) o a estimulación de rama izquierda (RI) es aún desconocido. El objetivo del estudio fue describir la evolución de los pacientes con ATTR-CA, disfunción ventricular izquierda y marcapasos a los cuales se les implantó un dispositivo de TRC o RI.

Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo en el que se analizaron las características basales y su evolución durante el seguimiento de una serie de pacientes consecutivos con ATTR-CA, disfunción ventricular izquierda y portadores de marcapasos convencional que fueron sometidos a *upgrade* a TRC o RI desde diciembre de 2008 hasta enero de 2024.

Resultados: Fueron incluidos un total de 12 pacientes con ATTR-CA, con una edad media de $77,4 \pm 5$ años, 100% varones, 92% ATTRwt, 1 Val142Ile, FEVI 38% (rango intercuartílico: 26-42%), 11 en clase funcional NYHA II o III. Se realizó *upgrade* de un marcapasos convencional (11 casos) o un desfibrilador automático implantable (1 caso) a TRC (9 sujetos) o RI (3 sujetos). Diez pacientes completaron un seguimiento de un año (1 falleció y 1 había estado bajo seguimiento durante solo un mes en el momento del estudio). A 1 año, la duración del QRS se redujo [168 (160-180) a 157 (150-160) ms; $p = 0,039$] y la FEVI se mantuvo estable [35% (22-44%) vs 37% (30-43%); $p = 0,625$]. No se observaron cambios estadísticamente significativos en las cifras de NT-proBNP [8.334 (2.886-11.274) vs 4473 (1.677-7.584) pg/ml; $p = 0,193$] o en las dosis de furosemida [120 (80-120) vs 80 (80-140) mg; $p = 0,578$]. Cinco de los 8 pacientes en clase III de la NYHA mejoraron a clase II. Tras una mediana de seguimiento de 1,5 años desde el *upgrade* (RIC 0,7-2,9 años), no se produjeron complicaciones relacionadas con el dispositivo, 3 individuos fueron hospitalizados por insuficiencia cardiaca, y 4 pacientes fallecieron, 2 de ellos por insuficiencia cardiaca avanzada, uno tras 15 meses y otro tras 3,6 años de seguimiento.

Evolución a 1 año de biomarcadores, dosis de diurético y variables electro y ecocardiográficas en pacientes con ATTR-CA portadores de marcapasos convencional y sometidos a *upgrade* a TRC/RI.

	Basal (N = 10)	Seguimiento (1 año) (N = 10)	p
Biomarcadores y tratamiento diurético			
NT-proBNP (pg/ml)	8.334 (2.886-11.274)	4.473 (1.677-7.584)	0,193
TFGe (mL/min)	45 (42-61)	52 (35-59)	0,826
Dosis de furosemida (mg)	120 (80-120)	80 (80-140)	0,578
Electrocardiograma			
Ritmo sinusal (%)	5 (50%)	3 (30%)	0,25
QRS (ms)	168 (160-180)	157 (150-160)	0,039
Bajos voltajes (%)	1 (10%)	-	0,32
Ecocardiograma			
FEVI (%)	35 (22-44)	37 (30-43)	0,625
VTDVI (mL)	108 (93-121)	122 (92-142)	0,359
Onda E (ms)	77 (60,4-88,9)	74 (63,6-83,7)	0,688
E/e' lateral	16,6 (12,4-20,1)	10,2 (6,1-13)	0,313
SLG (%)	- 6,6 (-10,1 a -3)	-8,3 (-10 a -7)	0,234
PSAP (mmHg)	30 (13-35)	27 (22-34)	0,563
FEVI: fracción de eyección ventricular izquierda; PSAP: presión sistólica arterial pulmonar; SLG: <i>strain</i> longitudinal global; TFGe: tasa de filtrado glomerular estimada; VTDVI: volumen telediastólico ventricular izquierdo.			



Cambios en la clase funcional NYHA tras 1 año de seguimiento (N = 10).

Conclusiones: El *upgrade* a TRC/RI resultó en una mejoría de la clase funcional y en una estabilidad de los biomarcadores y la FEVI en una pequeña serie de pacientes con ATTR-CA con disfunción sistólica ventricular izquierda y marcapasos convencional.