



6031-14. CARDIOPATÍA HIPERTENSIVA Y AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRRETINA: PREVALENCIA Y DIFERENCIAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICAS

Ignacio Gallo Fernández, Rafael González Manzanares, José López Aguilera, Cristina Pericet Rodríguez, Josué López Baizán, Daniel Pastor Wulf, Mónica Delgado Ortega, Martín Ruiz Ortiz, Fátima Esteban Martínez, Ana Rodríguez Almodóvar, Dolores Mesa Rubio, Roberto Maza Muret, Juan Carlos Castillo Domínguez, Manuel Pan Álvarez-Osorio y Manuel Anguita Sánchez

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción y objetivos: La cardiopatía hipertensiva (CHTA) es una de las afectaciones cardíacas más prevalentes y una causa frecuente de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada (ICFEc). Estudios recientes han evaluado la prevalencia de amiloidosis cardíaca por transtirretina (ATTR) en ICFEc, sin embargo no existen datos sobre la prevalencia de esta enfermedad en pacientes diagnosticados de CHTA, ni datos de características diferenciales entre ambas patologías, siendo imprescindible hacer un diagnóstico diferencial entre estas dos afecciones cardíacas. Con el uso de la gammagrafía con disfosfonatos (GDPD), que permite realizar un diagnóstico de ATTR sin necesidad de realizar biopsias, se ha incrementado el número de casos diagnosticados por esta patología. El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia de ATTR en una cohorte de pacientes diagnosticados de CHTA y establecer diferencias clínicas, electrocardiográficas, ecocardiográficas (ETT) y pronósticas, entre ambas patologías.

Métodos: Se incluyeron de forma retrospectiva todos los pacientes con CHTA a los que se solicitó GDPD para estudio de ATTR en nuestro centro. Se excluyeron aquellos a los que se diagnosticó otro tipo de amiloidosis. Se utilizó t-Student y U-Mann Whitney para comparar las variables cuantitativas de ambos grupos y χ^2 y Fischer para las cualitativas. Mediante Kaplan-Meier y *log rank* se compararon los eventos al seguimiento [muerte, ingreso, marcapasos, fibrilación auricular (FA)].

Resultados: De los 148 pacientes a los que se solicitó una GDPD, 72 cumplieron los criterios de inclusión: 33 eran ATTR y 39 CHTA. Los pacientes con ATTR presentaron niveles más elevados de troponinas y NT-proBNP. En el ECG presentaron más frecuentemente patrón de pseudoinfarto, y alteraciones de la conducción en general. En ETT, los pacientes con ATTR presentaron mayor hipertrofia, disfunción ventricular izquierda y presiones de llenado elevadas (tabla). En el seguimiento, no se encontraron diferencias en ingresos, aunque se observó una tendencia a una mayor mortalidad, necesidad de marcapasos y desarrollo de FA en pacientes con ATTR (fig.).

Características clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas

Total (n = 72)	ATTR (n = 33)	CHTA (n = 39)	p
----------------	---------------	---------------	---

Edad (mediana, RIC)	76 (69-83)	80 (72,5-85,5)	75 (68,5-80,5)	0,058
Varón (%)	38 (52,8%)	23 (69,7%)	15 (38,5%)	0,010
FA total	49 (68,1%)	26 (78,8%)	23 (59%)	0,072
Marcapasos	12 (16,7%)	9 (27,3%)	3 (7,7%)	0,026
Creatinina (mediana, RIC)	1,00 (0,86-1,74)	1,12 (0,96-1,82)	0,95 (0,77-1,64)	0,767
TnI US (ng/l) (mediana, RIC)	45,5 (12,5-96,3)	85 (37-810)	30 (10-53,5)	0,001
NT-ProBNP pg/ml(mediana, RIC)	4.477,5 (2.684,5-9.590,5)	8.770 (6.443-16.246)	2.756 (1398-4.477,5)	0,010
Pseudoinfarto	28 (38,8%)	18 (54,5%)	10 (25,6%)	0,009
Bajo voltaje	25 (34,7%)	13 (39%)	12 (30,7%)	0,379
BAV	22 (30%)	16 (48,4%)	6 (15,4%)	0,005
BRIHH	5 (7%)	2 (6,1%)	3 (7,7%)	0,799
BRDHH	8 (11,1%)	7 (21,2%)	1 (2,6%)	0,024
Alteración conducción	33 (46%)	21 (63,6%)	12 (31%)	0,007
SIV mm (mediana, RIC)	14 (13-18)	16 (14-19)	14 (12-16)	0,001
FEVI conservada	53 (73,6%)	16 (48,5%)	37 (97,4%)	0,001
AI dilatada	50 (69,4%)	25 (75,8%)	25 (62,9%)	0,285
E/e' (media, DE)	12,2 ± 5,3	14,6 ± 5,4	10,2 ± 4,3	0,007
Derrame pericárdico	9 (12,5%)	3 (9,1%)	6 (15,4%)	0,489

Moteado	16 (22,2%)	14 (42,4%)	2 (5,1%)	0,001
---------	------------	------------	----------	-------

TnI: troponina; NT-ProBNP: péptido natriurético cerebral; BAV: bloqueo auriculoventricular; BRIHH: bloqueo de rama izquierda ; BRDHH: bloqueo de rama derecha SIV: septo interventricular; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.



Curvas de supervivencia.

Conclusiones: Los pacientes con ATTR presentaron diferencias clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas significativas con respecto a los que tenían CHTA. Se objetivó una tendencia a un peor pronóstico en términos de mortalidad, necesidad de marcapasos y desarrollo de FA.