



## 8. ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DE *RED FLAGS* Y RETRASOS DIAGNÓSTICOS ENTRE ATTR Y AL EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDIACA

Emilio Blanco López<sup>1</sup>, Jesús Piqueras Flores<sup>2</sup>, Jorge Martínez del Río<sup>1</sup>, Martín Negreira Caamaño<sup>1</sup>, Manuel Muñoz García<sup>1</sup>, Cristina Mateo Gómez<sup>1</sup>, Daniel Águila Gordo<sup>1</sup>, Andrez Felipe Cubides Novoa<sup>1</sup>, María Maeve Soto Pérez<sup>1</sup>, Pablo Soto Martín<sup>1</sup>, Beatriz Jiménez Rubio<sup>1</sup>, Marta Andrés Sierra<sup>1</sup> e Ignacio Sánchez Pérez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cardiología. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España y <sup>2</sup>Unidad de Cardiopatías Familiares. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La amiloidosis cardiaca (AC) es una miocardiopatía infiltrativa por depósito amiloide en la que las formas AL y ATTR constituyen más del 98% de los casos. El infradiagnóstico, junto con el desarrollo de nuevas terapias, han otorgado un papel fundamental a la identificación de *red flags* (RF) con el objetivo de alcanzar un diagnóstico precoz. Pese a que las RF son conocidas en ambos grupos, conocemos poco acerca de la evolución natural de las mismas y su orden de aparición. Objetivos: analizar y comparar las RF y tiempos y retrasos diagnósticos entre la forma AL y ATTR en una cohorte de pacientes con AC.

**Métodos:** Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo en una cohorte de 60 pacientes (edad media  $80,4 \pm 7,8$  años) con diagnóstico definitivo de AC según los criterios vigentes. Se realizó búsqueda en historia clínica y recogida de variables revisando la aparición de RF, tiempos y eventos durante el seguimiento. Mediana de seguimiento 19 meses (rango intercuartílico 8-30).

**Resultados:** Se incluyen 60 pacientes (80% varones). El 86,7% fueron ATTR y el 13,3% AL. El 88% de los pacientes eran hipertensos, 38% diabéticos, 75% fibrilación auricular y 45% insuficiencia renal. Al comparar ambos tipos de AC, se observó una media de  $8,2 \pm 2,3$  RF en ATTR frente a  $8,4 \pm 2,3$  en AL. El número de RF prediagnóstico fue 6,8 en ATTR frente a 6 en AL y la media de contactos médicos hasta diagnóstico y de meses desde el inicio de síntomas hasta diagnóstico fue de 12,3 frente a 17,1 y de 82,4 frente a 72 en la forma ATTR frente a AL, respectivamente. Tras el diagnóstico, los ATTR ingresaban de media  $1,6 \pm 1,5$  veces frente a  $2,4 \pm 2,2$  de los AL. Ninguna de estas diferencias resultó estadísticamente significativa. En cuanto a las RF, en ambas formas las más frecuentes fueron las de imagen (hipertrofia ventricular y dilatación auricular), en más del 90% de los casos, seguidas de otras como desarrollo de insuficiencia cardiaca, elevación de biomarcadores, tegumentarias o electrocardiográficas. En ambas formas la mortalidad superó el 50%, alcanzando el 67% en ATTR.

**Conclusiones:** Tanto la forma AL como ATTR de AC se caracterizan por la abundancia de RF (más de 8 de media). Los tiempos de retraso diagnóstico y los tipos de RF presentes en ambas formas fueron similares, aunque con mayor número de RF, de contactos médicos y de ingresos posdiagnóstico en la forma AL, en probable relación a un peor pronóstico de este tipo de AC.