



5012-4. DIFERENCIAS SEGÚN GÉNERO EN AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRRETINA

Renata Forcada Barreda, Cristina Goena Vives, Iñaki Villanueva Benito, Xavier Arana Achaga, Itziar Solla Ruíz, Leyre Hernández de Alba, Sergio Calvo Chumillas, Pablo Aldave Zabaleta, Beñat Urruzola Oianguren, Jonathan Jesús Palafor Alcalá y Ramón Querejeta Iraola

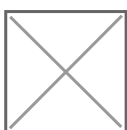
Servicio de Cardiología. Hospital Donostia, Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La amiloidosis cardiaca por transtirretina (ATTR) afecta predominantemente a hombres. La evidencia reciente sugiere que las diferencias de género pueden desempeñar un papel importante en las distintas etapas de la ATTR. El objetivo del estudio es describir las principales diferencias en la presentación clínica y el pronóstico de la ATTR en función del género.

Métodos: Estudio multicéntrico retrospectivo que incluye a los pacientes diagnosticados de ATTR (Perugini 2-3 sin componente monoclonal) entre enero de 2016 y septiembre de 2023. Ningún paciente recibía tratamiento modificador de la enfermedad. Se compararon datos clínicos, analíticos, ECG, ecocardiográficos y el pronóstico en función del sexo.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 225 pacientes con ATTR, 195 hombres y 30 mujeres. No hubo diferencias en la edad al diagnóstico o antecedentes como ictus, cardiopatía isquémica, miocardiopatía hipertensiva, insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada, síndrome del túnel carpiano, estenosis de canal o diabetes. Se observó una mayor incidencia de niveles de NT-proBNP > 1.800 pg/ml entre las mujeres (76 vs 57,2%, $p = 0,005$). El bajo voltaje en el ECG y la necesidad de marcapasos fueron menos frecuentes en el grupo de las mujeres (33,8 vs 10%, $p = 0,008$ y 16,4 vs 0%, $p = 0,017$), mientras que se observó una mayor prevalencia de insuficiencia renal (TFG media de $54,9 \pm 16,9$ vs $63,2 \pm 20,2$; $p = 0,03$) y un estadio Gillmore más avanzado (media $1,93 \pm 0,7$ vs $1,60 \pm 0,7$). Los hallazgos ecocardiográficos en las mujeres con ATTR no mostraron diferencias en la gravedad del grosor septal, pared posterior ni en la FEVI. Los diámetros ventriculares ($46,1 \pm 8$ mm vs $40,8 \pm 5,9$ mm, $p = 0,001$) fueron menores entre las mujeres, pero el grosor parietal relativo fue mayor ($0,91 \pm 0,24$ vs $0,73 \pm 0,15$ mm, $p = 0,003$). No se observaron diferencias durante el seguimiento (mediana 20 meses, rango 0-74 meses) en cuanto a ingresos por insuficiencia cardiaca descompensada, implantación de marcapasos o terapia de resincronización cardiaca, pero la mortalidad fue mayor en las mujeres con ATTR (figura).



Conclusiones: En el momento del diagnóstico de la ATTR, las mujeres están en una situación más evolucionada de la enfermedad que los hombres: tienen peor función renal, niveles de NT-proBNP más elevados y un estadio Gillmore más avanzado. Este retraso en el diagnóstico se refleja en una mayor

mortalidad al seguimiento en nuestra serie.