



6011-68. AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRRETINA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO REDUCIDA, ¿ES FACTIBLE Y ÚTIL EL TRATAMIENTO NEUROHORMONAL?

Milena Antúnez Ballesteros¹, Gonzalo Barge Caballero¹, Eduardo Barge Caballero¹, Daniel Enríquez Vázquez¹, David Couto Mallón¹, María Jesús Paniagua Martín¹, Cayetana Barbeito Caamaño², Paula Blanco Canosa¹, Zulaika Grille Cancela¹, Carolina Vera Paredes¹, Daniel Marcos Esmoris Arranz¹, Cristina Riveiro Rodríguez¹, José Manuel Vázquez Rodríguez² y María G. Crespo Leiro¹

¹Servicio de Cardiología. Unidad de Insuficiencia Cardíaca y ²Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña (A Coruña), España.

Resumen

Introducción y objetivos: Existe controversia sobre el beneficio del tratamiento neurohormonal (GDMT) de insuficiencia cardíaca (IC) en la amiloidosis por transtirretina (ATTR-CM). Objetivo: describir una serie de casos de ATTR-CM con fracción de eyección de ventrículo izquierdo reducida (ATTR-CM-rEF) que recibieron GDMT en el seguimiento.

Métodos: Del total de diagnósticos de ATTR-CM entre 2018-2023 en un centro, se revisaron los pacientes con ATTR-CM-rEF, definida como fracción de eyección (FEVI) 40%, seleccionándose aquellos con GDMT y un ecocardiograma control (ETTc) interpretado por un operador independiente. Se evaluó el tratamiento específico de la enfermedad (tafamidis) y del síndrome (GDMT y diuréticos) al momento del ETTc y se comparó la FEVI y el NT-proBNP al diagnóstico y en el seguimiento. Se recogieron los eventos (muerte e ingreso/descompensación ambulatoria de IC), los efectos adversos (EA) y la disminución/retirada del GDMT en el seguimiento.

Resultados: Entre 2018-2023, 154 pacientes fueron diagnosticados de ATTR-CM; 27 (17,5%) presentaban ATTR-CM-rEF y 14 recibieron GDMT y realizaron ETTc en el seguimiento, entrando en el estudio. La edad media fue $81,9 \pm 4,5$ años y 13 (92,9%) eran varones. Todos presentaban estudio genético negativo (ATTRwt). Al diagnóstico, la FEVI y el NT-proBNP medios fueron $35 \pm 4,7\%$ y 3.671 ± 2.321 pg/ml respectivamente. En el momento del ETTc, el número de pacientes en tratamiento con sacubitrilo/valsartán (S/V), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o del receptor de la angiotensina II (IECA/ARAI), bloqueadores beta (BB), antagonistas del receptor mineralocorticoide (MRA) e inhibidores del cotransportador sodio/glucosa tipo 2 (iSGLT2) fue respectivamente 9 (64,3%), 3 (21,4%), 13 (92,9%), 9 (64,3%) y 13 (92,9%). En el seguimiento, 11 (78,6%) mejoraron la FEVI y 6 (42,9%) el NT-proBNP, encontrándose diferencias significativas entre la FEVI media al diagnóstico y en el ETT control ($p < 0,001$), no en el NT-proBNP ($p > 0,56$) (fig). El 57,1% recibió tratamiento con tafamidis (el 37,5% de los tratados, tras mejorar su FEVI en el ETTc). Los principales EA fueron la hipotensión y la hiperpotasemia leve [35,7% y 42,9% respectivamente]. El 21,4% falleció en el seguimiento, 5 (35,7%) ingresaron por IC y 3 (21,4%) presentaron descompensaciones ambulatorias.

Principales características basales, tratamiento y eventos en el seguimiento, detallados por paciente

P	Ed/sex	FEVId	NTd	Tafamidis	GDMT	FEVlc	NTc	Retir/dis	RAM	Eventos
1	82/H	39	6.890	Pre-GDMT	BBb, MRAb, iSGLT2	28	6.723	MRA/BB	HK ⁺ , mareo	Ingreso IC, muerte
2	82/M	39	3.530	Pos-GDMT	BBb, SVb, MRAb, iSGLT2	52*	11.618	SV/BB	hTA, HK ⁺ , -R	Ingreso IC, IC amb
3	76/H	38	563	Pre-GDMT	BBb, ARAIIIm, iSGLT2	64*	536	-/-	-	-
4	77/H	39	980	Pre-GDMT	BBb, ARAIIb	60*	1.176	-/-	-	-
5	87/H	30	2.790	No	BBb, SVb, iSGLT2	25	1.833 [^]	SV/BB	hTA, mareo	Ingreso IC
6	75/H	24	2.697	No	BBb, SVb, MRAb, iSGLT2	43*	914 [^]	-/-	-	-
7	88/H	29	1.626	No	BBb, SVm, MRAb, iSGLT2	51*	1.394 [^]	-/-	-	-
8	75/H	35	1.590	Pos-GDMT	BBb, SVa, MRAb, iSGLT2	51*	837 [^]	-/-	-	-

9	85/H	39	6.661	No	BBb, MRAb, iSGLT2	40	6.900	ARAII/-	hTA, mareo	IC amb
10	86/H	35	6.300	No	BBb, SVm, iSGLT2	42*	5.755^	MRA/-	HK ⁺	Ingreso IC, IC amb, muerte
11	85/H	40	1.920	Pos-GDMT	BBb, SVm, iSGLT2	50*	3.245	MRA/SV	HK ⁺	-
12	81/H	36	6.400	Pre-GDMT	IECAb, MRAb, iSGLT2	50*	12.953	BB, IECA/-	hTA, Bradic, HK ⁺	Ingreso IC, muerte
13	85/H	35	6.130	Pre-GDMT	BBb, SVb, MRAb, iSGLT2	47*	3.578^	-/SV, MRA	hTA, HK ⁺	-
14	83/H	33	3.322	No	BBb, SVb, MRAb, iSGLT2	49*	5.156	-/-	-	-

*Mejoría FEVI.
^Mejoría NT. Pte:
paciente;
FEVI(d;c): fracción
de eyección del
ventrículo izquierdo
al diagnóstico o
control; NT(d;c):
fracción
aminoterminal del
péptido natriurético
atrial al diagnóstico
o control; GDMT:
tratamiento
neurohormonal.
BBb: bloqueador
beta a dosis bajas;
MRAb: antagonista
del receptor
mineralocorticoide
a dosis bajas;
iSGLT2: inhibidor
del cotransportador
sodio glucosa 2.
SV(b;m;a):
sacubitrilo/valsartán
a dosis bajas;
medias o altas;
ARAII(b;m):
antagonista receptor
de la angiotensina
II a dosis bajas o
medias; IECAb:
inhibidor del
enzima convertidor
de angiotensina a
dosis bajas; Higo:
higrotona; RAM:
reacciones
adversas; HK+:
hiperpotasemia;
hTA: hipotensión
arterial; -R:
deterioro de función
renal; IC:
insuficiencia
cardiaca; IC amb:
descompensación
ambulatoria
insuficiencia
cardiaca.



Comparación del valor del NT-proBNP y la FEVI al diagnóstico y en el ETT control.

Conclusiones: El empleo individualizado del GDMT en pacientes con ATTR-CM-rEF es seguro y podría ser beneficioso en términos de mejoría de FEVI.