Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 756

Revista Española de Cardiología

6011-64. *RED FLAGS* Y SU INFLUENCIA PRONÓSTICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDIACA

Emilio Blanco López[1], Jesús Piqueras Flores[2], Jorge Martínez del Río[2], Martín Negreira Caamaño[3], Cristina Mateo Gómez[1], Daniel Águila Gordo[1], Maeve Soto Pérez[1], Andrez Felipe Cubides Novoa[1], Pablo Soto Martín[1], Beatriz Jiménez Rubio[1], Marta Andrés Sierra[1], Cinthya Nuez Cuartango[1], Laura Montesinos Vinader[1] e Ignacio Sánchez Pérez[1]

[1]Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España,[2]Unidad de Cardiopatías Familiares, Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España y[3]Unidad de Arritmias, Servicio de Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La amiloidosis cardiaca (AC) es una patología de curso crónico, infradiagnosticada y con una elevada morbimortalidad asociada. La identificación de *red flags* (RF) juega un papel fundamental en el diagnóstico precoz, contribuyendo a seleccionar pacientes potencialmente candidatos a terapias específicas que podrían cambiar el curso de esta enfermedad. Sin embargo, conocemos poco acerca de la influencia que estas RF tienen en el pronóstico final. Objetivos: analizar la prevalencia de RF y determinar su influencia pronóstica en una cohorte de pacientes con AC.

Métodos: Estudio longitudinal, retrospectivo y observacional a partir de una cohorte de 102 pacientes (edad media 81,6 ± 7,7 años) con diagnóstico definitivo de AC de acuerdo a los criterios vigentes (forma no invasiva e invasiva). Se realizó recogida de variables y búsqueda en historia clínica revisando la aparición de cada una de las RF y eventos. Mediana de seguimiento de 19,5 meses (rango intercuartílico 8-28 meses).

Resultados: Se incluyen 102 pacientes (85,3% ATTR *wild-type*, 3,9% ATTR variante y 10,8% AL). Se registraron un total de 21 RF, incluyendo clínicas, electrocardiográficas, analíticas y de imagen. Las más frecuentes fueron las de imagen (hipertrofia ventricular y dilatación auricular), seguidas de otras como biomarcadores y tegumentarias. Se analizó la asociación entre las diferentes RF con la evolución de los pacientes según la aparición o empeoramiento de IC, necesidad de implante de marcapasos (MCP) o mortalidad (tabla). Bloqueo AV, patrón de seudoinfarto y la presencia de 7 o más RF, se asociaron al requerimiento de implante de MCP definitivo. Múltiples RF tanto clínicas como analíticas y de imagen, así como la presencia de 3 o más RF, se asociaron con el desarrollo o empeoramiento de IC. Las RF analíticas (biomarcadores NT-proBNP y troponina), se asociaron con mayor mortalidad, objetivándose también mayor mortalidad en aquellos pacientes que presentaban mayor número de RF (a partir de 10).

Influencia de las RF y el número de éstas en la morbimortalidad (*exitus*, desarrollo/empeoramiento de IC, requerimiento de implante de marcapasos definitivo). Prevalencia (%) y p-valor de cada RF para cada uno de los eventos pronósticos estudiados

Red flag	Mortalidad (%)	p	Insuficiencia cardiaca (%)	p	Implante de marcapasos (%)	p
Bloqueo AV	39,3	0,226	85,7	0,627	48,1	**0,001***
Patrón seudoinfarto	46,7	0,673	88,9	0,856	4,4	**0,006***
Fibrilación auricular	50	0,721	97,4	**0,001***	16,7	0,358
Hipertrofia ventricular	48,5	0,305	89,1	**0,006***	-	-
Dilatación aurícula izquierda	47,4	0,155	90,7	**0,001***	15,5	0,385
Sparkling	55	0,149	96,7	**0,002***	18,3	0,259
Engrosamiento válvulas AV	59,5	0,112	97,3	**0,032***	10,8	0,336
Derrame pericárdico	47,1	0,692	96,1	**0,014***	11,8	0,400
Apical *sparing*	17,4	0,366	95,7	**0,001***	17,4	0,366
Troponina elevada persistente	51	0,692	98	**0,002***	19,6	0,161
NT-proBNP elevado desproporcionadamente	40,5	**0,005***	91,9	0,062	16,2	0,534
Biomarcadores	44,8	**0,041***	93,1	**0,001***	17,2	0,100
3 o más RF	48,5	0,305	89,1	**0,006***	-	-
4 o más RF	48	0,145	90	**0,001***	15	0,669

6 o más RF	47,3	0,305	92,3	**0,001***	16,5	0,156
7 o más RF	45,6	0,196	96,2	**0,001***	19	**0,028***
8 o más RF	43,8	0,097	95,9	**0,001***	20,5	**0,009***
9 o más RF	45,4	0,436	100	**0,001***	21,8	**0,035***
10 o más RF	35,4	0,071	100	**0,015***	19,3	0,391

Conclusiones: La prevalencia de RF en esta cohorte fue muy elevada, especialmente las de imagen. Tanto el número como la naturaleza de muchas de las RF estudiadas se asociaron con mayor riesgo de desarrollo o empeoramiento de IC, requerimiento de MCP o *exitus*. Las RF analíticas y la presencia de 10 o más RF se asociaron con mayor mortalidad en esta cohorte.