



293 - RESULTADOS INTERMEDIOS DEL ESTUDIO DE PREVALENCIA DE AMILOIDOSIS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA (PREVAMIC)

R. Ruiz Hueso¹, P. Salamanca Bautista¹, S. Yun Viladomat², J. Casado Cerrada³, I. Cuadrat Begue⁴, I. Páez Rubio⁴, M.L. López Reboiro⁵, M.L. Soler Rangel⁶, T. Soriano Sánchez⁷, J.Á. García García⁸, B. Seoane González⁹, F. Amorós Martínez¹⁰, C. Calvo Morón¹¹ y Ó. Aramburu Bodas¹

¹Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ²Medicina Interna. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ³Medicina Interna. Hospital Universitario de Getafe. Getafe. Madrid. ⁴Medicina Interna. Hospital Santa María de Lleida. Lleida. ⁵Medicina Interna. Hospital Comarcal de Monforte de Lemos. Monforte de Lemos. Lugo. ⁶Medicina Interna. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. ⁷Medicina Interna. Hospital de la Vall d'Hebron. Barcelona. ⁸Medicina Interna. Hospital Virgen de Valme. Sevilla. ⁹Medicina Interna. Hospital Universitario de A Coruña. A Coruña. ¹⁰Medicina Interna. Hospital Universitario del Vinalopó. Elche. ¹¹Medicina Nuclear. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen

Objetivos: Estimar la prevalencia de amiloidosis cardíaca (AC) en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) atendidos en el ámbito de la Medicina Interna, y describir y comparar las características clínicas, hallazgos analíticos y ecocardiográficos de los pacientes con y sin AC.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, transversal y multicéntrico en el que han participado 31 hospitales españoles, de 11 de los cuales se dispone de todos los datos. Entre febrero 2020 y mayo 2021 se recogió consecutivamente a pacientes hospitalizados y ambulatorios con IC, edad ≥ 65 años, hipertrofia ventricular izquierda (septo interventricular o pared posterior) > 12 mm, clase II-IV de la New York Heart Association, NT-proBNP > 1.800 pg/mL en IC aguda o NT-proBNP > 600 pg/mL en condición estable, ecocardiograma realizado en los 24 meses previos o en el momento de la inclusión y tratamiento diurético en los últimos 6 meses. Si el paciente firmó el consentimiento informado, se realizó una gammagrafía con ^{99m}Tc-DPD y se tomaron muestras de sangre y orina para descartar proteína monoclonal. Los pacientes con gammagrafía positiva fueron sometidos a secuenciación del gen de la transtirretina y se realizaron biopsias extracardiacas si el médico responsable lo consideraba.

Resultados: 337 pacientes cumplían criterios de inclusión, pero 49 (14%) no firmaron el consentimiento informado. Se incluyeron 288 pacientes. De estos, 277 se realizaron la gammagrafía con ^{99m}Tc-DPD, y 32 pacientes (11 mujeres, 21 hombres) mostraron una captación de grado 2 o 3 de Perugini. Por lo tanto, la prevalencia de AC fue del 11,5%: 56,2% por transtirretina de tipo salvaje (ATTRwt), 3,1% de tipo hereditario (ATTRv) y 21,9% de amiloidosis de cadenas ligeras, estando pendiente de resultado de estudio genético un 18,7%. En cuanto a los "red flags" de la enfermedad, los pacientes con AC presentaban con mayor frecuencia síndrome del túnel carpiano (25% vs. 4,4%, $p < 0,001$), historia de dorsalgia (44% vs. 40%, $p = 0,041$), intolerancia a betabloqueantes (22% vs.

7,3%, $p = 0,038$), intolerancia a IECAS (6,3 vs. 3,3%, $p = 0,05$), miocardio granular en la ecocardiografía (15,6% vs. 1,6%, $p < 0,001$) e insuficiencia aórtica (56,2% vs. 42,2%, $p = 0,014$).

Discusión: La AC es una enfermedad infradiagnosticada que supone un reto en la práctica clínica, con gran variabilidad en su presentación y retraso diagnóstico que requiere alto índice de sospecha. Los estudios de prevalencia de AC son heterogéneos en su diseño y en los criterios de selección, aportando datos poco concluyentes que no permiten conocer de forma precisa su prevalencia real. Nuestros resultados provisionales muestran una prevalencia de AC en pacientes con IC atendidos en Medicina Interna del 11,5%, siendo el tipo predominante la ATTR tipo salvaje.

Conclusiones: Los datos provisionales del estudio PREVAMIC muestran que la amiloidosis fue la causa de IC en más de uno de cada diez pacientes. La ATTR debe incluirse en el diagnóstico diferencial de los pacientes con insuficiencia cardíaca y engrosamiento del miocardio, independientemente de la FEVI, especialmente si tienen alguna de las “red flags”.

Bibliografía

1. García-Pavia P, Domínguez F, González-López E. Transthyretin amyloid cardiomyopathy. Med Clin (Barc). 2021;156:126-34.