



291 - USO DE SGLT2 EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRRETINA WILD-TYPE (ATTRWT): EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO

Rodrigo Miranda Godoy, José María Basauli Felices, Jesús Alonso Carrillo, Adrián López Alba, Carlos Aizpurúa Martínez, Mario Cereza Latre, Lucía Jorge Huerta y Daniel Ferreiro López

Hospital 12 de Octubre, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Identificar el efecto del uso de SGLT2 en los pacientes con amiloidosis cardiaca ATTRwt de nuestro hospital.

Métodos: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico hecho a partir de una base de datos de pacientes con amiloidosis cardiaca por ATTRwt en seguimiento por la Unidad de Insuficiencia Cardiaca de nuestro hospital. Fueron incluidos todos aquellos pacientes con diagnóstico confirmado por gammagrafía grado 2 o 3 y test genético negativo. 18,2% presentaron pico monoclonal descartándose amiloidosis AL por parte del equipo médico tratante. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS. Las variables cualitativas se expresaron como porcentaje y se determinó contraste de hipótesis mediante test McNemar de muestras apareadas. Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación estándar y se determinó el contraste de hipótesis mediante t de Student para datos apareados. En todas las pruebas se consideró nivel de significación 0,05.

Resultados: Se incluyeron 66 pacientes con amiloidosis ATTRwt, 75,8% varones, $87,7 \pm 4,8$ años de edad y la mayoría NYHA II (48,5%). Las comorbilidades más frecuentes fueron DM2 (84,8%), HTA (75,8%), ERC (62,1%) y FA (59,1%). Al momento del diagnóstico solo 9 pacientes tenían prescrito un SGLT2 (13,6% total), mientras que en la última consulta 36 pacientes lo tenían (54,5% total). El tiempo desde el diagnóstico al inicio del SGLT2 fue $1,1 \pm 1,4$ años, con seguimiento posterior en consultas de $4,8 \pm 6$ meses promedio. La FEVI al momento de diagnóstico fue $50,0 \pm 11,5\%$, sin mejoría ni cambios significativos en última consulta (FEVI $46,0 \pm 13,8\%$). Tampoco hubo cambios en el grosor septal ($17,5 \pm 3,0$ vs. $18,0 \pm 2,6$ mm). Tras el inicio de SGLT2 no hubo cambios en ProBNP (10.666 ± 11.751 vs. 10.474 ± 11.534) o dosis de furosemida requerida ($59 \pm 37,1$ vs. $65,4 \pm 44,1$ mg), aunque sí presentaron leve deterioro de la función renal ($1,46 \pm 0,51$ vs. $1,60 \pm 0,7$) probablemente sin significancia clínica relevante y atribuible al efecto del fármaco dado el periodo de seguimiento que llevamos. Aquellos pacientes con SGLT2 presentaron de forma significativa un menor número de ingresos en el periodo de un año tras su prescripción (o equivalente hasta la fecha actual) ($0,7 \pm 0,7$ vs. $0,3 \pm 0,7$). Se debe considerar que la mayoría de pacientes fueron derivados tras un ingreso a la unidad de Insuficiencia cardiaca, siendo SGLT2 el primer fármaco iniciado y recibiendo seguimiento más estrecho por la Unidad, lo que podría explicar en parte la reducción del número de ingresos.

	Población (n=66)
Sexo	75,8% hombres
Edad	87,7 ± 4,8 años
DM2	84,8 %
HTA	75,8 %
ERC	62,1 %
FA	59,1 %
DLP	51,5 %
CI	13,6 %
EPOC	9,1 %
FEVI Dg	54,7 ± 10,5 %
Grosor septo Dg	16,8 ± 2,9 mm
NYHA I	34,8 %
NYHA II	48,5 %
NYHA III	13,6 %
NYHA IV	3 %

	Diagnóstico	Última consulta	Valor p
SGLT2	13,6% (9)	54,5% (36)	<0,05
FEVI	50,0 ± 11,5	46,0 ± 13,8	0,18
Grosor septo	17,6 ± 3,0	18,0 ± 2,6	0,30

	Inicio SGLT2	Última consulta	Valor p
Crea	1,46 ± 0,51	1,60 ± 0,7	0,04
ProBNP	10666 ± 11751	10474 ± 11534	0,9
Dosis furosemida	59 ± 37,1	65,4 ± 44,1	0,2

	Ingresos 1 año antes (o tiempo equivalente)	Ingresos 1 año después (o tiempo equivalente)	Valor p
SGLT2	0,7 ± 0,7	0,3 ± 0,7	0,02

Conclusiones: Los pacientes con amiloidosis cardiaca ATTRwt con SGLT2 presentaron menor número de reingresos posterior a su inicio, sin presentar cambios estructurales a nivel cardiaco (no mejoría de FEVI ni grosor septal) ni menores datos de congestión (no disminución de proBNP o dosis de diuréticos). Esta disminución de reingresos puede ser explicada por los múltiples efectos pleiotrópicos de los SGLT2, así como por un mayor seguimiento por la Unidad de Insuficiencia Cardiaca, y hacen falta más estudios para determinar el impacto de estos fármacos en pacientes con amiloidosis cardiaca por ATTRwt.