



## 1791 - EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE AMILOIDOSIS CARDÍACA POR TRANSTIRRETINA NO HEREDITARIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

*Cristina Gay González, Oihana Barrenechea Arribillaga, Sara Martínez Hernández, Diana Alegre González, Germán Daroca Bengoa, Rafael Daroca Pérez, José Luis Peña Somovilla y Laura Hurtado Carrillo*

*Hospital Universitario San Pedro, Logroño, España.*

### Resumen

**Objetivos:** Describir el tratamiento y analizar las modificaciones del mismo en los pacientes diagnosticados de amiloidosis cardíaca por transtirretina no hereditaria (AC-ATTRwt) en el Servicio de Medicina Interna de un hospital de segundo nivel.

**Métodos:** Estudio analítico longitudinal prospectivo. Se incluyeron consecutivamente todos los pacientes que se diagnosticaron de AC-ATTRwt en el periodo de diciembre de 2019 a diciembre de 2023. El diagnóstico se estableció en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) por la presencia de alteraciones sugestivas en ecocardiograma, gammagrafía 99mT-DPD positiva con un grado de Perugini  $\geq 2$ , ausencia de gammapatía monoclonal y ausencia de mutaciones en el gen TTR. Los pacientes fueron seguidos nuestra unidad de IC hasta el fallecimiento o hasta abril de 2024. Se recogió el tratamiento al diagnóstico y al final del seguimiento. Se analizó la relación entre el uso los distintos tratamientos y los ingresos y fallecimientos. Análisis estadístico mediante el programa SPSS. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del hospital.

**Resultados:** Se incluyeron 35 pacientes, con edad media de  $84,3 \pm 3,4$  años. El 94,3% eran hombres. El tiempo medio de seguimiento fue de  $18,6 \pm 16,1$  meses. Fallecieron durante el seguimiento un 54,3% de los pacientes. La mediana de ingresos por paciente fue de 2 (0-6). Las comorbilidades asociadas fueron: fibrilación auricular (FA) 88,6%, hipertensión arterial 85,7%, enfermedad renal crónica 65,7%, dislipemia 34,3%, diabetes mellitus 28,6%, valvulopatía moderada o grave 25,7%, accidente cerebrovascular 14,3%; y cardiopatía isquémica 11,4%. En la tabla se registran los diferentes tratamientos y sus modificaciones durante el seguimiento. Tras analizar cada tratamiento, el único grupo que mostró una relación estadísticamente significativa con una menor mortalidad fueron los iSGLT2 (p 0,019), sin diferencias en cuanto al número de ingresos (p 0,875). Solo un paciente recibió tratamiento con estabilizadores de TTR, con tafamidis.

|                 | Tratamiento inicial (%) | Tratamiento final (%) | Diferencia (%) |
|-----------------|-------------------------|-----------------------|----------------|
| Antiagregante   | 8,6                     | 5,8                   | -2,8           |
| Anticoagulación | 91,4                    | 85,7                  | -5,7           |
| D. Asa          | 88,6                    | 94,3                  | +5,7           |
| Tiazidas        | 19,9                    | 28,5                  | +8,6           |

|                           |      |      |       |
|---------------------------|------|------|-------|
| <b>Antialdosterona</b>    | 37,1 | 51,4 | +14,3 |
| <b>Betabloqueantes</b>    | 48,6 | 37,2 | -11,4 |
| <b>IECA</b>               | 22,8 | 8,6  | -14,2 |
| <b>ARA-II</b>             | 25,7 | 17,2 | -8,5  |
| <b>ARNI</b>               | 14,3 | 5,7  | -8,6  |
| <b>Calcioantagonistas</b> | 14,3 | 5,8  | -8,5  |
| <b>Amiodarona</b>         | 2,9  | 17,2 | +14,3 |
| <b>Digoxina</b>           | 0    | 0    | 0     |
| <b>Ivabradina</b>         | 0    | 0    | 0     |
| <b>Nitratos</b>           | 2,9  | 0    | -2,9  |
| <b>Hipolipemiantes</b>    | 37,2 | 34,3 | -2,9  |
| <b>Hipoglucemiantes</b>   | 25,7 | 17,1 | -8,6  |
| <b>iSGLT2</b>             | 48,6 | 60   | +11,4 |

*Discusión:* El tratamiento de la AC-TTRwt va dirigido al manejo de las complicaciones, principalmente IC, siendo los diuréticos el fármaco fundamental. No existe evidencia del beneficio de betabloqueantes, IECA, ARAII, sacubitrilo/valsartán o ivabradina, en general se deben evitar y recomendar su retirada si es posible, así como los calcioantagonistas no dihidropiridínicos y digoxina que están contraindicados. En caso de presencia de FA se debe iniciar anticoagulación independientemente de CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc. Aportamos datos de nuestra serie.

*Conclusiones:* En los pacientes con amiloidosis cardíaca TTRwt seguidos en nuestra unidad, los fármacos más usados fueron los diuréticos, anticoagulantes, betabloqueantes e iSGLT2. Durante el seguimiento destacan una reducción de los betabloqueantes y antihipertensivos/vasodilatadores, probablemente por deterioro de la presión arterial asociado a este tipo de IC (*red flag*), y un aumento de los diuréticos e iSGLT2, que relacionamos con dificultad progresiva en el control de la congestión. Los iSGLT2 confirman en nuestro estudio su efecto beneficioso en la evolución de la IC, también en la debida a esta enfermedad.