

Evolución de las señales de alarma en la amiloidosis cardiaca por transtiretina: análisis comparativo antes y después de 2023

Sheila Martínez Gutiérrez(1), Miguel Fernández de Sanmamed Girón(1), Mario Galván Ruiz(1), María del Val Groba Marco(2), José María García Vallejo(3), Sara Hernández Castellano(4), Néstor Báez Ferrer(5), Laura González Moujir(6), Renato Alexander Castillo Rueda(7), José A. Gómez Guindal(8), Alba María García García(9), Paula Luján García(1), Francisco Amado Romano Matos(1), Elena Fuente González(1) y Antonio García Quintana(1) de (1)Cardiología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España, (2)Cardiología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España, (3)Medicina Interna. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España, (4)Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife - España, (5)Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife - España, (6)Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España, (7)Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España, (8)Hospital General de Fuerteventura, Fuerteventura (Las Palmas) - España y (9)Hospital José Molina Orosa, Lanzarote (Las Palmas) - España

Introducción: La amiloidosis por transtirretina cardiaca (ATTR-CM) ha pasado de ser una enfermedad rara a una causa cada vez más reconocida de insuficiencia cardiaca, en gran parte gracias al diagnóstico no invasivo y a la disponibilidad de tratamientos modificadores. Sin embargo, no está claro si este cambio se ha traducido en una modificación real del perfil diagnóstico de la enfermedad. El objetivo fue comparar las señales de alarma y las características diagnósticas de la ATTR-CM antes de 2023 y en la práctica contemporánea.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 401 pacientes con ATTR cardiaca, (antes de 2023: n=173; desde 2023: n=228).
Se analizaron 16 señales de alarma clínicas, electrocardiográficas y de imagen, integradas en un score clínico (SC). Se comparó la prevalencia de cada red flag, la carga global de señales de alarma y el tiempo hasta el diagnóstico entre ambos periodos mediante pruebas de chi-cuadrado y U de Mann-Whitney.

Resultados: Las señales de alarma más frecuentes fueron el grosor parietal del ventrículo izquierdo ?12 mm, la insuficiencia cardiaca inexplicada en mayores de 65 años y los trastornos de conducción auriculoventricular. (ver Tabla 1)
La carga global de señales de alarma fue similar entre periodos, aunque ligeramente inferior desde 2023, lo que indica un número comparable de red flags con diferente perfil diagnóstico.
Antes de 2023 predominaban marcadores de afectación miocárdica avanzada, como el realce tardío con gadolinio , el patrón de pseudoinfarto en el ECG y un mayor grosor septal y de pared posterior. En cambio, en la cohorte más reciente el diagnóstico se apoyó en mayor medida en técnicas más precoces, con mayor identificación mediante strain longitudinal global y diagnóstico de ICC en pacientes >65 años. (Ver imagen 1).
De forma llamativa, y pese a una carga de señales de alarma similar, el tiempo desde el inicio de los síntomas

hasta el diagnóstico fue mayor en la cohorte contemporánea.

Conclusiones: En nuestra serie, los avances diagnósticos han cambiado la forma en que identificamos la ATTR cardíaca, pero no han acortado el tiempo hasta su diagnóstico. Esta paradoja —mejor capacidad de detección sin un diagnóstico más temprano— pone de manifiesto las limitaciones del modelo actual basado en red flags y refuerza la necesidad de avanzar hacia estrategias de cribado más activas.

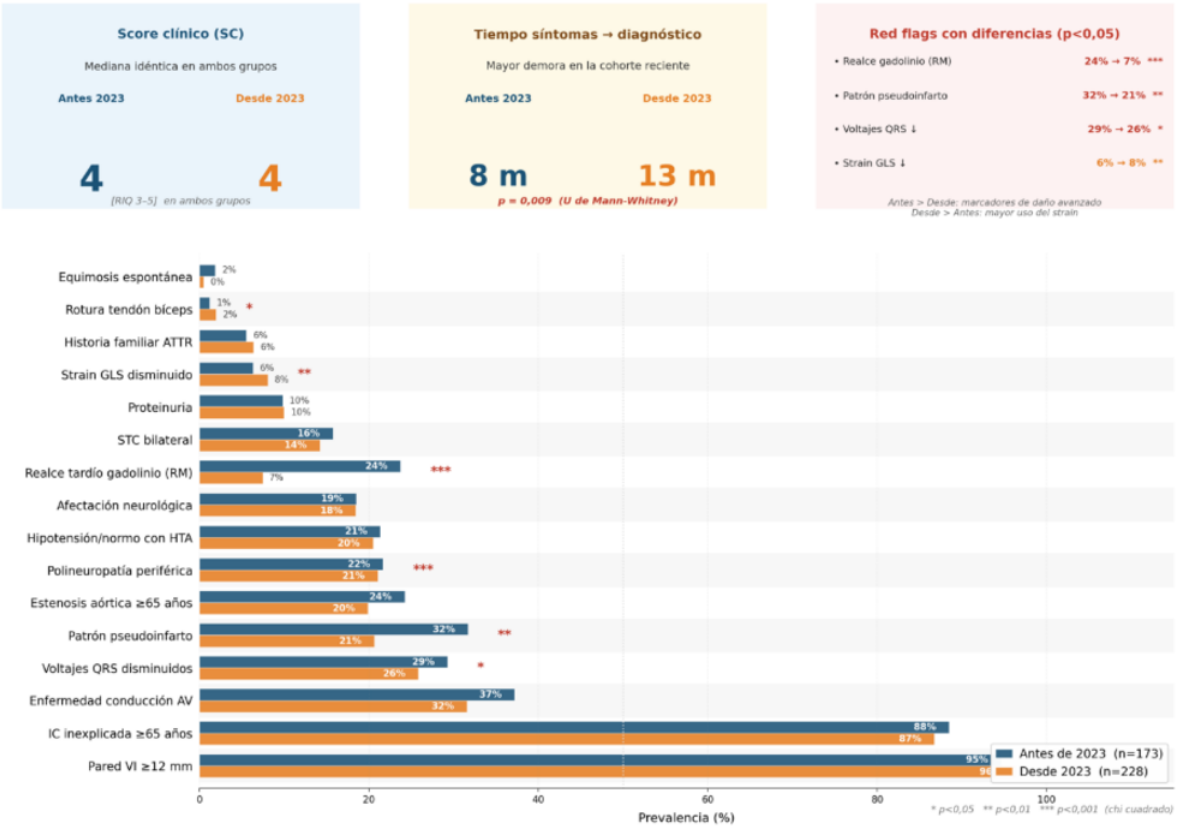


Tabla 1. Características basales y evolución de los pacientes con ATTR cardiaca, antes y después de 2023..

Variable	Antes de 2023 (n=173)	Desde 2023 (n=228)	p-valor	Sig.
Edad al diagnóstico, mediana [RIQ] años	81.0 [76.0–86.0]	84.0 [79.0–88.0]	**<0,001**	***
Sexo masculino, n (%)	126 (72.8%)	160 (70.2%)	0,638	
Tiempo síntomas → diagnóstico, mediana [RIQ] meses	8.1 [1.3–23.1] (n=146)	13.1 [2.3–33.9] (n=175)	**0,009**	**
NYHA III–IV, n (%)	60 (34.7%)	33 (14.5%)	**0,003**	**
Disnea al diagnóstico, n (%)	153 (90.0%)	147 (71.4%)	**<0,001**	***
Afectación neurológica, n (%)	34 (20.1%)	34 (16.4%)	0,602	
STC bilateral, n (%)	44 (25.7%)	35 (16.7%)	0,060	
FEVI, mediana [RIQ] %	58.0 [48.5–63.0]	58.0 [50.0–65.0]	0,330	
Septo interventricular, mediana [RIQ] mm	16.0 [15.0–19.0]	15.0 [14.0–17.0]	**<0,001**	***
Patrón pseudoinfarto, n (%)	59 (36.9%)	43 (21.8%)	**0,002**	**
Voltajes QRS disminuidos, n (%)	56 (35.0%)	49 (24.5%)	0,074	
Enfermedad conducción AV, n (%)	61 (37.2%)	66 (31.6%)	0,079	
NT-proBNP, mediana [RIQ] pg/mL	3153.0 [1653.0–6372.0]	2694.0 [1315.0–5036.0]	0,084	
Troponina, mediana [RIQ]	63.0 [42.0–96.5]	56.0 [32.0–90.8]	0,085	
Score SC, mediana [RIQ]	4.0 [3.0–5.0]	3.5 [3.0–5.0]	**0,007**	**
Realce tardío gadolinio (RM), n (%)	38 (23.8%)	15 (7.5%)	**<0,001**	***
Strain GLS disminuido, n (%)	10 (6.3%)	16 (8.1%)	**0,004**	**
Fallecidos, n (%)	91 (53.2%)	36 (16.4%)	**<0,001**	***
Ingreso por IC, n (%)	103 (62.8%)	60 (30.9%)	**<0,001**	***

Datos continuos: mediana [RIQ]. Categóricos: n (%). p en rojo: p<0,05. * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001. MWU=Mann-Whitney U. Chi²=Ji cuadrado. ATTR: amiloidosis por transtirretina. FEVI: fracción de eyección del VI. GLS: strain longitudinal global. IC: insuficiencia cardiaca. RM: resonancia magnética. STC: síndrome del túnel carpiano. RIQ: rango intercuartílico.