

Pronóstico del deterioro del filtrado glomerular en pacientes con amiloidosis cardiaca por transtiretina

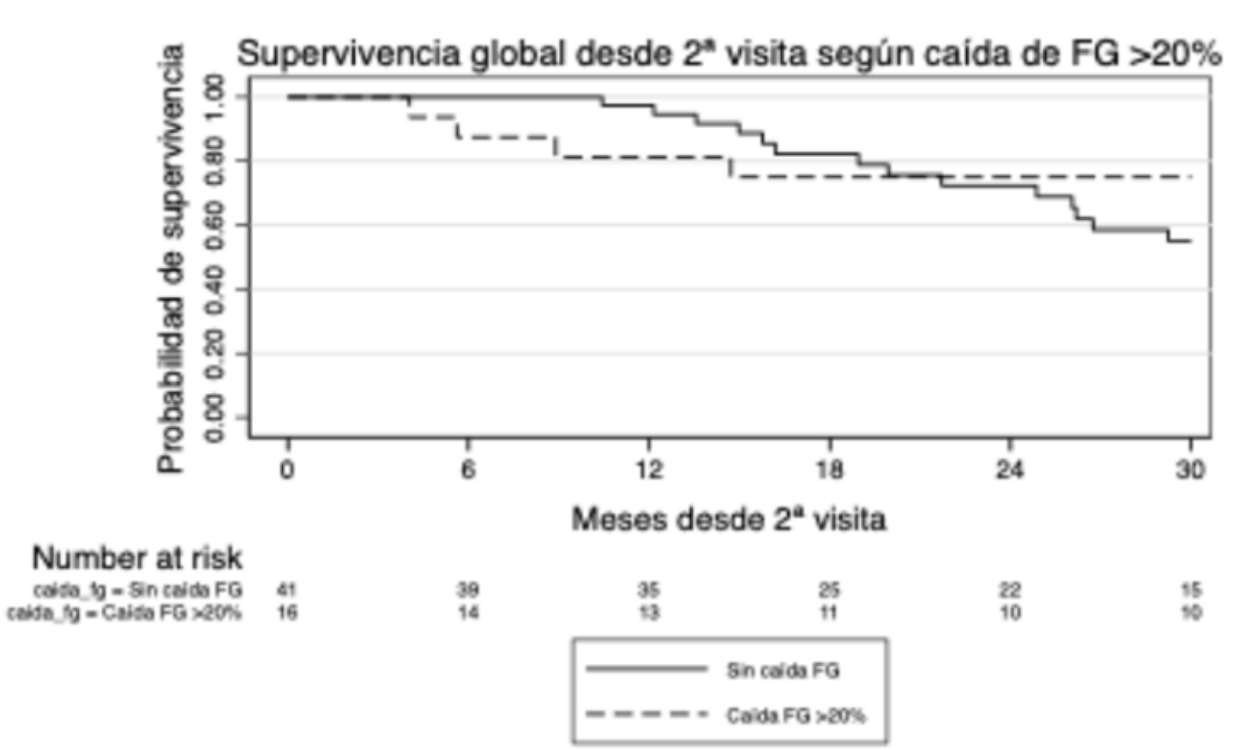
Raquel Frías García-Lago(1), Patricia Landín Jiménez(1), Aitana Montore(1), César Lobato(1), Pablo Martínez Gascueña(1), Inés Ramos González-Cristóbal(1), Irene Marco Clement(1), Josebe Goirigolzarri Artaza(1), María Alejandra Restrepo Córdoba(1) y Julián Pérez-Villacastín Domínguez(1) de (1)Instituto Cardiovascular. Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España

Introducción: La disfunción renal es frecuente en la amiloidosis cardiaca por transtiretina (ATTR-CM) y el impacto pronóstico del filtrado glomerular (FG) es bien conocido en esta patología. Recientemente se ha propuesto que su descenso durante el seguimiento puede relacionarse con el pronóstico (Ioannou et al. JAMA Cardiol 2025; García-Pavía et al. JACC Heart Fail 2026). Por ello, nos propusimos valorar su utilidad como marcador pronóstico en nuestra cohorte.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en una Cohorte unicéntrica de pacientes con ATTR-CM. El FG se estimó mediante Cockcroft-Gault en la visita basal y en una segunda visita de seguimiento con un intervalo mínimo de 12 meses. Se definió descenso significativo del FG como una disminución >20% entre ambas visitas. La supervivencia global se analizó mediante curvas de Kaplan-Meier y regresión de Cox desde la segunda visita, ajustando por FG basal, y por progresión de NTproBNP (definida como un aumento >20% entre visitas).

Resultados: De 123 pacientes evaluados, 59 disponían de FG en ambas visitas y fueron incluidos en el análisis. El FG basal medio fue 44.7±17.0 ml/min y un 27.1% presentó un descenso del FG >20%. Los pacientes con caída de FG fueron con mayor frecuencia mujeres (37.5% vs 7.0%, p=0,009), sin otras diferencias significativas (Tabla). El descenso de FG no se asoció de forma independiente con la mortalidad tras ajustar por FG basal y progresión de NTproBNP (HR 0.62; IC95% 0.18–2.17; p=0.452).
Por el contrario, el FG basal se mantuvo como predictor independiente y robusto de mortalidad tanto como variable continua (HR 0,97 por ml/min; IC95% 0.94–0.99; p=0.014) como por categorías (FG ?45 ml/min: HR 0,39; IC95% 0,16–0,96; p=0,041) tras ajuste por caída de FG y progresión de NTproBNP.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con ATTR-CM, el FG basal es un predictor independiente de mortalidad global. Sin embargo, el descenso del FG >20% durante el seguimiento no aportó valor pronóstico adicional tras ajustar por la función renal basal y la progresión de NTproBNP, lo que podría sugerir una menor capacidad discriminativa del deterioro de FG en pacientes con FG ya reducido y la necesidad de estratificar su valor pronóstico en función de la función renal basal.



Características basales según caída del filtrado glomerular

Variable	Sin caída FG (n=43)	Caída FG >20% (n=16)	p
Edad, años — mediana (RIC)	84,0 (79,0–88,0)	83,5 (78,5–87,0)	0,898
Sexo mujer	3 (7,0%)	6 (37,5%)	**0,009**
NYHA II-III	40 (93,0%)	16 (100%)	0,461
ICFEc (FEVI >50%)	28 (66,7%)	11 (68,8%)	0,745
Diabetes mellitus	11 (25,6%)	4 (25,0%)	1,000
FA/flutter auricular	26 (60,5%)	11 (68,8%)	0,763
Frailty score (CFS) — media (DS)	3,2 (1,2)	3,6 (1,2)	0,344
FG basal, ml/min — media (DS)	42,5 (17,2)	50,6 (15,2)	0,101
NTproBNP, pg/ml — mediana (RIC)	3632 (1664–6730)	3307 (1577–3917)	0,313
Score de Gilmore — media (DS)	1,9 (0,8)	1,6 (0,8)	0,272
Sodio, mEq/L — media (DS) [b]	138,8 (2,5)	138,2 (3,1)	0,706
FG basal <45 ml/min	25 (58,1%)	7 (43,8%)	0,386
Tratamiento estabilizador	14 (32,6%)	4 (25,0%)	0,753
iSGLT2	29 (67,4%)	10 (62,5%)	0,763
Diurético	34 (81,0%)	13 (81,3%)	1,000
Betabloqueante	18 (41,9%)	6 (37,5%)	1,000
ARM	5 (11,6%)	3 (18,8%)	0,670

DS: desviación estándar; RIC: rango intercuartílico; FG: filtrado glomerular; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; CFS: Clinical Frailty Scale; FA: fibrilación auricular; ARM: antagonista del receptor de mineralocorticoides; iSGLT2: inhibidor del cotransportador sodio-glucosa tipo 2.