

¿Es el sobrepeso un factor protector en la amiloidosis cardíaca por transtiretina?

Daniel Enríquez Vázquez(1), Gonzalo Barge Caballero(1), Andrea López López(2), Manuel López Pérez(3), Raquel Bilbao Quesada(4), Eva González Babarro(5), Mario Gutiérrez Feijoo(6), Inés Gómez Otero(7), Alfonso Varela Román(7), María Generosa Crespo Leiro(1) y Eduardo Barge Caballero(1) de (1)Servicio de Cardiología. INIBIC. CIBERCV. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña - España, (2)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo - España, (3)Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Ferrol (A Coruña) - España, (4)Servizo de Cardioloxía do Complexo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo (Pontevedra) - España, (5)Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra - España, (6)Complexo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense - España y (7)Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña) - España

Introducción: La paradoja de la obesidad sugiere un mejor pronóstico en la insuficiencia cardíaca (IC) ante un índice de masa corporal (IMC) elevado. En la amiloidosis cardíaca por transtiretina (AC-ATTR), esta asociación no ha sido estudiada. El objetivo del trabajo fue analizar si un IMC elevado se asocia a un mejor pronóstico.

Métodos: Se utilizó la cohorte de pacientes con AC-ATTR incluidos en el Registro de Amiloidosis Cardiaca en Galicia (AMIGAL) entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2025, dividiéndola en dos grupos (IMC <25 Kg/m² e IMC ? 25KG/m²). Se comparó la supervivencia de ambos grupos y se evaluó la asociación del IMC con la mortalidad por el método de regresión de Cox multivariable.

Resultados: Se incluyeron 587 pacientes, 518 (88,2%) con AC-ATTR wild type, 21 (3,6%) con ATTR variante y 48 (8,2%) con AC-ATTR sin estudio genético. Del total, 435 (74,1%) presentaban un IMC ?25 kg/m², caracterizándose por una mayor prevalencia de HTA y dislipemia. Este grupo de pacientes tenía un valor de NtproBNP más bajo y recibía con más frecuencia tratamiento con tiazidas e inhibidores del sistema renina angiotensina aldosterona. Las características basales de la población aparecen recogidas en la Tabla 1.

La supervivencia de los pacientes con AC-ATTR y un IMC ?25 kg/m² fue superior que la de aquellos con un IMC<25 (figura 1); sin embargo, el análisis multivariado por regresión de Cox – en el que se incluyeron el género, la edad, el tratamiento con estabilizadores de la transtirretina, el estadio UKNAC y la escala nutricional CONUT – no demostró que el IMC se asociara de forma independiente con la mortalidad.

Conclusiones: En este estudio los pacientes con AC-ATTR y un IMC?25 kg/m2 presentaron una mayor supervivencia que aquellos con un IMC <25 Kg/m²; sin embargo, el IMC no parece ser un predictor independiente de mortalidad.

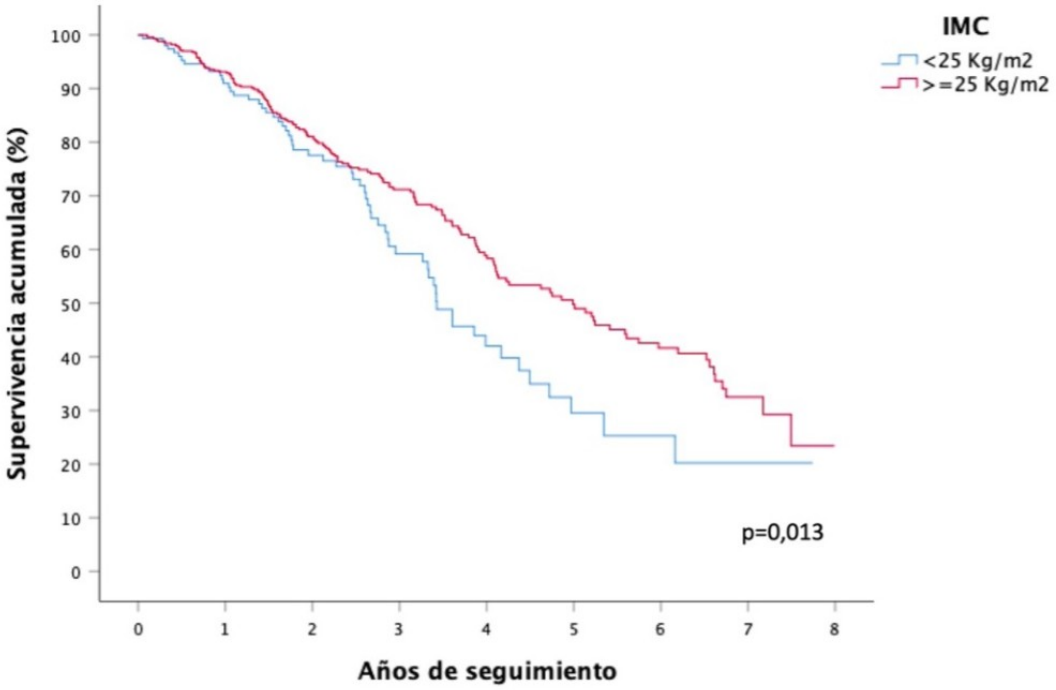

IMC
<25 Kg/m2
>=25 Kg/m2
Supervivencia acumulada (%)
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
0
1
2
3
4
5
6
7
8
Años de seguimiento
p=0,013

Tabla 1. Características basales y comparación de pacientes según IMC

Característica	Total N=587	IMC < 25 N=152	IMC ≥ 25 N=435	Valor p
Edad (años)	81,8±6,3	82,2±6,7	81,6±6,2	0,343
Sexo masculino	449 (76,5)	114 (75,0)	335 (77,0)	0,615
Hipertensión arterial	422 (71,9)	98 (64,5)	324 (74,5)	0,018
Dislipemia	349 (59,5)	79 (52,0)	270 (62,1)	0,029
Diabetes	157 (26,7)	36 (23,7)	121 (27,8)	0,322
Tabaquismo	144 (24,5)	40 (26,3)	104 (23,9)	0,553
Marcapasos	72 (12,3)	11 (7,2)	61 (14,1)	0,028
Ingreso por IC	175 (29,8)	42 (27,6)	133 (30,6)	0,495
Fibrilación auricular	308 (52,5)	87 (57,2)	221 (50,8)	0,172
NYHA				
I-II	421 (72,0)	109 (71,7)	312 (72,1)	0,935
III-IV	164 (28,0)	43 (28,3)	121 (27,9)	
Congestión	270 (46,0)	75 (49,3)	195 (44,8)	0,336
CONUT ≥ 2	332 (56,6)	91 (59,9)	241 (55,4)	0,339
UKNAC				
Estadio 1	318 (54,7)	71 (47,3)	247 (57,3)	0,104
Estadio 2	189 (32,5)	56 (37,3)	133 (30,9)	
Estadio 3	74 (12,7)	51 (11,8)	23 (15,3)	
Tratamientos				
Diurético de asa	422 (71,9)	108 (71,1)	314 (72,2)	0,789
Tiazida	72 (12,3)	11 (7,2)	61 (14,0)	0,028
Betabloqueante	278 (47,4)	76 (50,0)	202 (46,4)	0,449
ARM	135 (23,0)	32 (21,1)	103 (23,7)	0,508
iSGLT2	239 (40,7)	66 (43,4)	173 (39,8)	0,430
iSRAA	292 (49,7)	59 (38,8)	233 (53,6)	0,002
Hipolipemiantes	380 (64,7)	86 (56,6)	294 (67,6)	0,014
Estabilizadores	242 (41,2)	55 (36,2)	187 (43,0)	0,142
Análisis				
Creatinina (mg/dl)	1,2±0,7	1,3±0,8	1,2±0,6	0,379
Hemoglobina (g/dl)	13,7±1,8	13,6±1,7	13,8±1,8	0,258
NTproBNP (pg/ml)	3940±4667	5069±5810	3547±4132	0,001
GGT (mg/dl)	76,7±94,3	75,6±78,3	77,0±99,4	0,878
Albúmina (mg/dl)	4,2±0,4	4,1±0,5	4,2±0,4	0,055
Ecocardiograma				
FEVI (%)	54,6±12,0	54,0±12,5	54,8±11,8	0,454
Grosor septo IV (mm)	16,9±3,3	16,8±3,5	16,9±3,2	0,685

FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo. IV: interventricular.