

Diferencias por sexo en el perfil clínico diferencial de amiloidosis cardíaca por transtirretina

Álvaro Roldán Guerra(1), Cristina Pericet Rodríguez(2), José López Aguilera(1), Mónica Delgado Ortega(1), Nerea Aguayo Caño(1), Lucas Barreiro Mesa(1), Cristina Urbano Sánchez(1), Juan Diego Martín Díaz(1), Enrique Enrile Sánchez(1), Juan Carlos Castillo Domínguez(1) y Manuel Anguita Sánchez(1) de (1)Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba - España y (2)Cardiología. Hospital Infanta Margarita, Cabra (Córdoba) - España

Introducción: La amiloidosis cardíaca por transtirretina (ATTR) es más frecuente en hombres, pero las diferencias fenotípicas por sexo podrían condicionar la sospecha clínica, el retraso diagnóstico y el acceso a tratamiento específico. El objetivo fue analizar las diferencias clínicas, diagnósticas, fenotípicas terapéuticas y pronósticas entre hombres y mujeres con ATTR.

Métodos: Estudio observacional de pacientes con ATTR. Se compararon variables clínicas, electrocardiográficas, ecocardiográficas, biomarcadores analíticos, tratamiento, retraso diagnóstico y eventos según sexo. El retraso diagnóstico se definió como el tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico. Se realizaron modelos multivariantes para evaluar la asociación independiente del sexo con el retraso diagnóstico, mortalidad y evento combinado (mortalidad e ingreso por insuficiencia cardíaca), ajustando por edad, momento del diagnóstico (antes de 2020 vs. 2020 y posterior) y variables clínicas relevantes.

Resultados: Se incluyeron 107 pacientes con ATTR: 86 hombres y 21 mujeres. Estas presentaron menor fibrilación auricular (52,4% vs 76,7%; p=0,033), QRS más estrecho (80 [80-100] vs 100 [80-140] ms; p=0,013), menor intervalo PR (180 [150-200 vs 200 [175-220] ms; p=0,018], menor grosor septal (15 [13-17] vs 16 [14-19] mm; p=0,027) y menor troponina (33 [22-77] vs 67 [39-123]; p=0,031). También recibieron tafamidis con menos frecuencia (9,5% vs 36%; p=0,019). El retraso diagnóstico fue mayor en mujeres (24 [5-33] vs 8 [3-36] meses), sin significación estadística (p=0,348). En el modelo multivariante, el sexo femenino no se asoció de forma independiente con mayor retraso diagnóstico (HR 0,94; IC95% 0,51-1,7), mientras que el diagnóstico a partir de 2020 sí se asocio a menor retraso (HR 0,28; IC95% 0,18-0,46). El sexo tampoco se asoció con mortalidad (HR 0,72; IC95% 0,33-1,61; p=0,429) ni con el evento combinado de muerte o reingreso por insuficiencia cardíaca (HR 0,66; IC95% 0,33-1,35; p=0,255).

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con ATTR, las mujeres presentaron un fenotipo menos clásico y florido con menor carga arrítmica, alteraciones de la conducción, hipertrofia, niveles de troponinas y menor uso de tafamidis. Pese a este perfil menos llamativo, el sexo femenino no se asoció de manera independiente con retraso diagnóstico. Adaptar la sospecha diagnóstica en mujeres permitiría una identificación más precoz y equitativa.