

Tratamiento estabilizador en amiloidosis cardiaca por transtiretina en estadio precoz: resultados del subgrupo NAC 1 del registro ATTRACKING

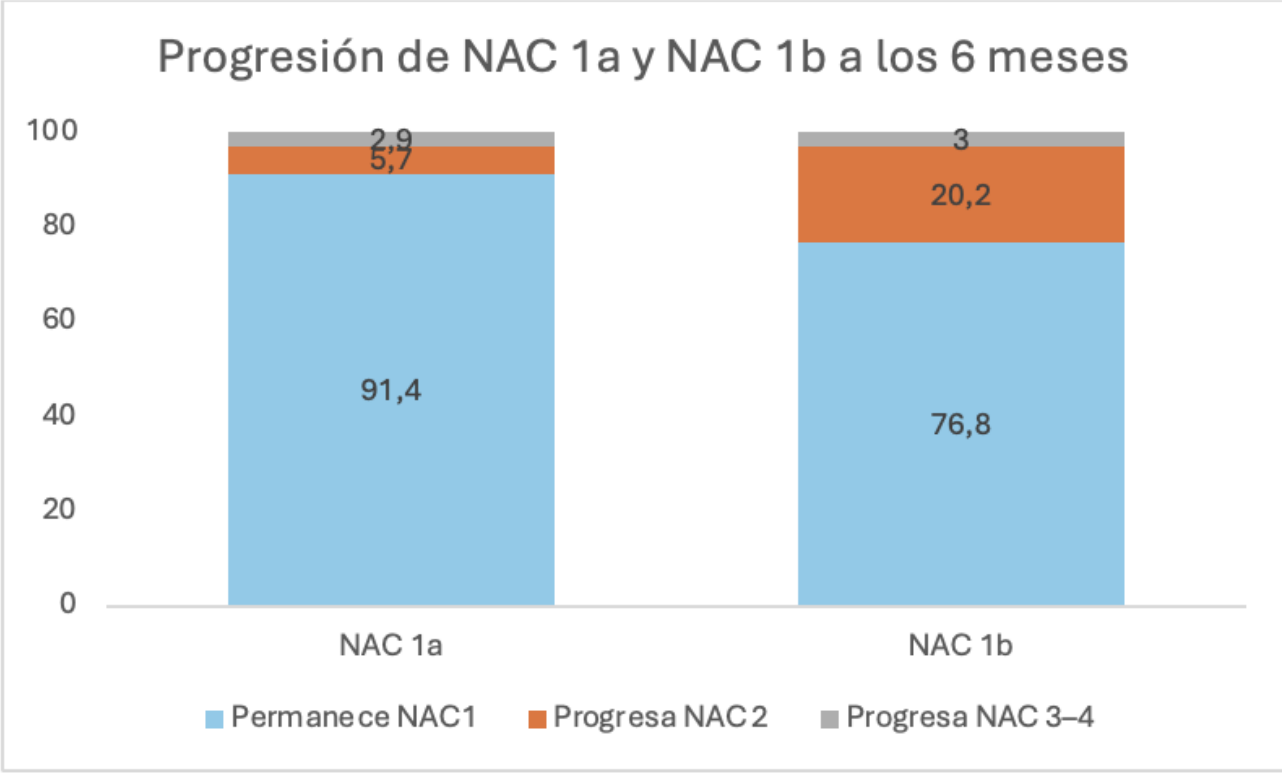
Rafael Martín-Portugués Palencia(1), Daniel de Castro Campos(1), Luis Simón Pascua(2), Arola Armengou Arxé(3), María Alejandra Restrepo Córdoba(4), Rocío Eiros Bachiller(5), Esther Zorio Grima(6), Álvaro Aceña Navarro(7), Elena Isabel Esteban Cabello(8), Ana María González González(9), Cristina Solé Felip(10), Mª del Prado Salamanca Bautista(11), Julio Núñez Villota(12), Pablo García-Pavía(1) y Esther González-López(1) de (1)Unidad Cardiopatías Familiares. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España, (2)Hospital Universitario Mútua de Terrassa, Terrassa (Barcelona) - España, (3)Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, Girona - España, (4)Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España, (5)Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca - España, (6)Hospital Universitario La Fe, Valencia - España, (7)Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid - España, (8)Medicina Interna. Fundación Hospital Calahorra, Calahorra (La Rioja) - España, (9)Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga - España, (10)Medicina Interna. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia - España, (11)Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla - España y (12)Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia - España

Introducción: La posibilidad de diagnóstico no invasivo y la disponibilidad de tratamientos específicos ha provocado un aumento de los pacientes con amiloidosis cardiaca por transtiretina (ATTR-CM) diagnosticados en estadios precoces de la enfermedad. Sin embargo, existen pocos datos sobre los resultados del tratamiento con estabilizadores en en estadio precoz ya que los pacientes con ATTR-CM y NTproBNP < 600pg/ml no fueron incluidos en el ensayo pivotal de tafamidis (ATTR-ACT). Nuestro objetivo fue describir las características y evolución de los pacientes ATTR-CM en estadio NAC 1 (NT-proBNP <3000 pg/mL y eGFR ?45 mL/min/1,73m²) del registro ATTRACKING y más concretamente en el subestadio NAC 1a (NT-proBNP <500 ng/L (o <1000 ng/L en fibrilación auricular) y dosis de diurético <0,75 mg/kg/día de furosemida equivalente).

Métodos: El registro ATTRACKING es un estudio observacional prospectivo multicéntrico nacional que incluye pacientes que reciben tratamiento específico para ATTR-CM. Comparamos las características basales y evolución en el primer seguimiento (FU1) (6 meses post inicio de tratamiento) en pacientes en estadios NAC 1a y 1b.

Resultados: A fecha 15 de abril de 2026 el registro ATTRACKING ha incluido 576 pacientes con ATTR-CM tratados con estabilizadores. De ellos, 330 (57,3%) se encontraban en NAC 1, con 67 (20,3%) en NAC1a y 263 (79,7%) en NAC1b. Los pacientes NAC 1a eran pacientes más jóvenes, con predominio de formas hereditarias, mejor función renal y función sistólica del ventrículo izquierdo (Tabla 1). Una mayor proporción de pacientes en NAC1b recibían iSGLT2 (64%) frente al 46% en NAC1a (p 0,031). Tras 6 meses de tratamiento estabilizador, la mayoría de pacientes en estadio NAC1a (32 pacientes; 91,4%) permanecían en NAC 1 frente a un 76,8% de los NAC1b (129 individuos). Un 5,7% de NAC1a frente a un 20,2% de NAC1b presentaron progresión a NAC 2. La progresión a NAC 3–4 fue infrecuente en ambos grupos (Figura 1) y no se observaron diferencias significativas en los cambios de NT?proBNP ni eGFR entre ambos.

Conclusiones: Los pacientes NAC1a que reciben tratamiento específico muestran una menor tasa de progresión temprana a NAC2 respecto a los estadios NAC1b. Estos hallazgos apoyan con datos de vida real la utilidad del tratamiento específico de ATTR?CM en fases tempranas de la enfermedad.



Características basales de los pacientes incluidos en el registro ATTRACKING en función de subgrupo NAC1.

Variable	NAC 1a (NT-proBNP <500 ng/L (o <1000 ng/L en FA) y <0,75 mg/kg/día de furosemida) (n=67)	NAC 1b (NT-proBNP 500-3000 ng/L (o 1000-3000 ng/L en FA) o >0,75 mg/kg/día de furosemida (n=263)	p-valor
Edad (años)	80 (72–83)	81 (78–85)	**0,017**
Sexo masculino n (%)	49 (90,7%)	222 (87,4%)	0,493
ATTRv n (%)	9 (16,7%)	11 (4,3%)	**0,003**
Hipertensión arterial n (%)	33 (61,1%)	162 (63,8%)	0,712
Diabetes mellitus n (%)	13 (24,1%)	54 (21,3%)	0,737
Ingreso previo por IC n (%)	14 (25,9%)	87 (34,3%)	0,489
NYHA clase I n (%)	17 (31,5%)	55 (21,7%)	0,344
iSGLT2 n (%)	25 (46,3%)	166 (65,4%)	**0,031**
Dosis de diurético (mg/día)	20 (12,5–40)	40 (20–40)	0,106
NT-proBNP (pg/mL)	505 (309–709)	1.545 (1.100–2.063)	**< 0.001**
eGFR (mL/min/1.73m²)	69 (56–85)	65 (55–76)	0,061
CA-125 (U/mL)	10 (7–14.7)	12,4 (8.6–18.3)	0,080
FEVI 4C (%)	61,1 (56–65)	57,4 (51–61)	**0,0004**
Test 6 minutos (m)	379 (300–430)	357 (280–420)	0,140
KCCQ-12 (0–100 ptos.)	83,9 (66–92)	78,1 (59–89)	0,076

FA, fibrilación auricular; ATTRv, amiloidosis cardíaca por transtiretina hereditaria; IC, insuficiencia cardíaca; NYHA, New York Heart Association; iSGLT2, inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2; eGFR, Tasa de Filtración Glomerular Estimada; FEVI, fracción de eyección de ventrículo izquierdo en plano apical 4 cámaras; KCCQ-12, KCCQ, Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire,