

Amiloidosis cardiaca: Evaluación, diagnóstico y tratamiento

Sonia I. Vicenty-Rivera, MD

Cardióloga
Directora Clínica de Fallo Cardíaco
VA Caribbean Healthcare System



La amiloidosis es un trastorno infiltrativo causado por deposición de proteínas de bajo peso molecular en diferentes tejidos del cuerpo (amiloide).¹ En el corazón causa un daño estructural secundario a la presencia de los depósitos de amiloide, llevando a una cardiomiopatía restrictiva.² Entre las diferentes subcategorías de amiloidosis, la mayoría de los casos de cardiomiopatías restrictivas (más del 95%) son por amiloidosis de transtiretina (ATTR) o por amiloidosis de cadena ligera (AL).³

Aspectos clínicos

Los casos de **amiloidosis cardiaca ATTR** generalmente se presentan en pacientes de 60 años o más. Esta se subdivide, a su vez, en amiloidosis de tipo salvaje (*wild-type ATTR* o *wt-ATTR*) y hereditaria (*h-ATTR*). Ambas ocurren como resultado del depósito de transtiretina (TTR), la cual es una proteína sintetizada en su mayor parte por el hígado y que transporta la hormona tiroidea y el retinol. Se describen varias mutaciones de la transtiretina, asociadas con diferentes edades de presentación (varían entre los 30 y los 70 años) y con los riesgos de desarrollar una cardiomiopatía.

Las manifestaciones clínicas son variadas, e incluyen estenosis espinal lumbar, síntomas gastrointestinales, nefropatía y arritmias, así como neuropatías autónomas y periféricas. A nivel mundial, la mutación más común de transtiretina en amiloidosis hereditaria con miocardiopatía es la V122I, la cual tiene una incidencia entre el 3 y el 4% en pacientes afroamericanos y de ascendencia caribeña.⁴

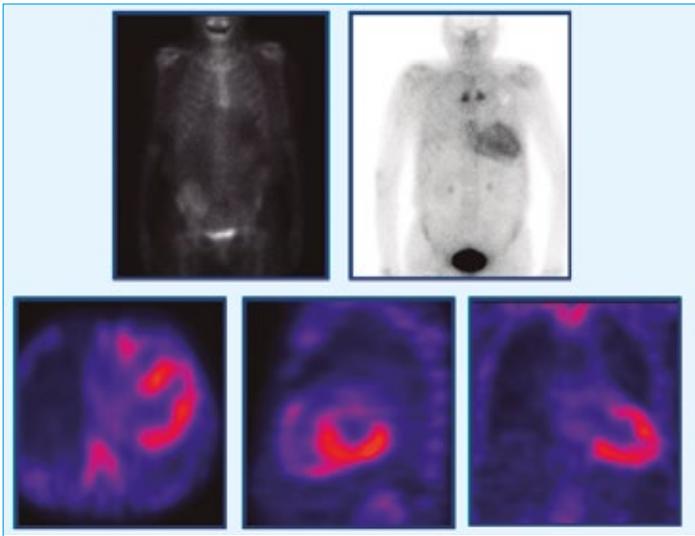
Por otra parte, los casos de pacientes con **amiloidosis cardiaca AL** ocurren en personas de 40 años o más. Esta es causada por un trastorno multisistémico producido por células monoclonales que generan fragmentos de inmunoglobulinas anormales que se desdoblán y depositan en los tejidos como fibras amiloides. En esta condición existe compromiso cardíaco en un 50% a un 70% de los pacientes afectados, observándose una proporción igual en hombres y en mujeres. Esta presentación tiene un pronóstico bastante pobre cuando no hay tratamiento.⁵

Aspectos diagnósticos

La evaluación diagnóstica de la amiloidosis cardiaca comienza con el examen clínico inicial para evaluar los síntomas y los signos cardíacos y extracardíacos, e incluye las pruebas de laboratorio iniciales, un electrocardiograma de 12 derivaciones y un ecocardiograma bidimensional.

En la ecocardiografía, la característica más distintiva es una discordancia entre el aumento en el grosor de las paredes del ventrículo izquierdo y los cambios electrocardiográficos. En la electrocardiografía se describe usualmente una disminución del voltaje de la onda QRS. Sin embargo, esta característica tiene baja sensibilidad y la prevalencia de un voltaje bajo varía notablemente según la etiología de la cardiomiopatía. Se ve con mayor frecuencia en los pacientes con amiloidosis AL (60%) que en los que están afectados por amiloidosis transtiretina, ATTR (20%).

El enfoque diagnóstico se basa en la realización de una biopsia de tejido en el órgano afectado, en la que se demuestra evidencia de tinción roja de Congo (*Apple Green Bridfringent*). Para poder distinguir entre una amiloidosis cardíaca tipo AL de una de tipo ATTR, se debe considerar el uso de un algoritmo que toma en cuenta los resultados de un estudio de medicina nuclear empleando pirofosfato marcado con ^{99m}Tc -Tecnecio (^{99m}Tc -PYP scan), y de las pruebas de laboratorio como ensayos de cadenas libres de suero, en conjunto con la inmunofijación de suero y orina para la detección de picos “M” de proteínas monoclonales. Este protocolo demostró una sensibilidad de hasta un 99% con una especificidad del 100% para diferenciar una amiloidosis cardíaca de tipo AL de una amiloidosis de tipo ATTR en pacientes sin evidencia de proteínas monoclonales y con un estudio Tc^{99} -pirofosfato positivo.⁴



Estudio con Tc^{99m} -pirofosfato (^{99m}Tc -PYP scan): Muestra marcado incremento a nivel cardíaco, consistente con amiloidosis ATTR.

Opciones terapéuticas

La terapia para estos problemas tiene dos vertientes que consisten en el tratamiento y la estabilización de la insuficiencia cardíaca, al igual que en el manejo y la estabilización de la amiloidosis cardíaca. El manejo de la insuficiencia cardíaca en este grupo de pacientes es diferente del manejo que, por lo general, se recomienda para los pacientes con fallo cardíaco debido a

otras causas. Usualmente, estos pacientes tienden a ser intolerantes a agentes como los betabloqueadores, así como a los inhibidores de la convertasa de angiotensina. Del mismo modo, los bloqueadores de los canales de calcio que pueden ser útiles en el tratamiento del fallo diastólico son contraindicados en la cardiomiopatía amiloide. Se recomienda la anticoagulación en pacientes con miocardiopatía amiloide que tengan fibrilación auricular, con algún trombo intracardiaco o con algún evento embólico.

En los pacientes con **amiloidosis AL**, la principal opción de tratamiento es la quimioterapia con regímenes que incluyen al *melfalano* en dosis alta y con trasplante autólogo de células madre hematopoyéticas. Los regímenes basados en *bortezomib* se están convirtiendo en la terapia de primera línea, incluso en pacientes con enfermedad cardíaca avanzada (clase funcional III o IV, de NYHA, New York Heart Association).

Por otro lado, en la cardiomiopatía por **amiloidosis ATTR**, clase funcional I a III (NYHA), se recomienda el tratamiento con *tafamidis*. Este es un estabilizador de la transtiretina que ha demostrado en estudios clínicos reducir la mortalidad y la necesidad de admisiones hospitalarias de estos pacientes.⁶

Comentario

La amiloidosis cardíaca es una enfermedad poco frecuente que suele afectar a pacientes a partir de la quinta década de vida. Luego de ser categorizada adecuadamente con las pruebas de diagnóstico recomendadas, se dispone en la actualidad de algunas alternativas terapéuticas –utilizando quimioterapias y anticuerpos monoclonales– que permiten reducir la mortalidad y prevenir sus complicaciones. 

Referencias

1. Siddiqi OK et al. Cardiac Amyloidosis: An Update on Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *Trends on Cardiovascular Medicine*. 2018; 28(1): 10-21.
2. Fontana M et al. Myocardial Amyloidosis: The exemplar Interstitial disease: *JACC Cardiovasc Imaging* 2019; 12:2345.
3. Donnelly JP et al. Cardiac Amyloidosis. An update on diagnosis and treatment. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2017; 84:12-25.
4. Ruberg FL et al. Transthyretin Amyloid Cardiomyopathy. *JACC State-of-the-Art Review*. *JACC*. 2019; 73: 2872-91.
5. Falk RH et al. AL (Light-Chain) Cardiac Amyloidosis: A review of Diagnosis and Therapy. *JACC*. 2016; 68(12): 1323.
6. Maurer MS et al. Tafamidis Treatment for Patients with Transthyretin Amyloids Cardiomyopathy. *NEJM* 2018; 379:1007-1016.