



6001-1. CARACTERÍSTICAS DEL BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR EN PACIENTES CON BLOQUEO BIFASCICULAR Y SÍNCOPE

Manuel José Molina Lerma¹, Luis Tercedor Sánchez¹, Ángel Moya Mitjans², Erika López Moreno¹, Teresa Barrio López¹, Juan Jiménez Jáimez¹ y Miguel Álvarez López¹ del ¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada y ²Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: El bloqueo auriculoventricular (BAV) es la causa más frecuente de síncope en pacientes con bloqueo bifascicular (BBF) sin cardiopatía estructural. Poco se conoce aún de las características del BAV en estos pacientes.

Métodos: Estudio observacional donde se analizaron registros del estudio ISSUE 1 de 104 pacientes a los que se implantó holter insertable, seleccionando aquellos en los que se registró BAV.

Resultados: De un total de 104 pacientes y 175 episodios analizados, 23 (14,1%) se trataban de BAV, 11(6,3%) bradicardia sinusal, 8 (4,3%) asistolia, 3 (1,7%) taquicardia, 1 (0,6%) fibrilación ventricular y 1 ritmo nodal. En 128 (73,1%) episodios no hubo alteración del ritmo. Hubo 13 episodios no valorables (7,5%). El BAV completo fue el tipo BAV más frecuente (88%), seguido del BAV Mobitz II (12%). El ritmo previo al BAV completo fue BAV Mobitz II en el 27% de los casos, y el ritmo tras el BAV fue BAV Mobitz II en el 27,9%, Bradicardia sinusal en el 2,3%, ritmo nodal 2,3%, bigeminismo ventricular 2,3% y 1 episodio (2,3%) de taquicardia sinusal. La duración media del BAV fue 18 ± 15 segundos y la frecuencia auricular durante el mismo de 83 ± 18 lpm sin cambios respecto a la frecuencia previa al BAV (media de 74 ± 20 lpm). En 33 episodios (76,7%) se produjo ritmo de escape, cuyo QRS durante el BAV fue un 15% de media más estrecho que el basal.

Conclusiones: En el presente estudio se demuestra que la causa arrítmica más frecuente en pacientes con síncope y BBF sin cardiopatía estructural es el BAV. Es frecuente que el ritmo previo y posterior al BAV completo sea el BAV Mobitz II, con una duración media del BAV de 18 segundos y una frecuencia auricular durante el mismo similar a la previa al bloqueo. El QRS del ritmo de escape durante el BAV fue más estrecho que el basal.