



6005-99. BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR POR CONTUSIÓN DURANTE EL ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO DE SÍNCOPE EN PACIENTES CON BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA: INCIDENCIA, PREDICTORES E IMPLICACIÓN CLÍNICA

Lena del Pilar Castro Figueroa¹, Justo Julia Calvo², Lola Villagraz Tecedor², Elena García-Puerto², María López Gil², Rafael Salguero Bodes², Fernando Arribas Ynsaurriaga² y Adolfo Fontenla Cerezuela² del ¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid y ²Unidad de Electrofisiología y Arritmias, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El estudio electrofisiológico (EEF) en los pacientes con BRI (bloqueo de rama izquierda), conlleva un riesgo de bloqueo por contusión accidental de la rama derecha, teniendo como consecuencia un bloqueo AV completo. Esta situación no está contemplada en las guías, desconociéndose su incidencia real y su implicación a la hora de indicar un marcapasos.

Objetivos: Analizar la incidencia y los factores relacionados y las consecuencias del bloqueo AV completo traumático durante el EEF de síncope en pacientes con BRI.

Métodos: Estudio observacional monocéntrico. Se analizaron retrospectivamente 81 pacientes consecutivos con bloqueo de rama y síncope, en los que se realizó EEF. Se seleccionaron 35 con BRI. Se revisó la historia clínica, el ECG, el EEF y en su caso, los datos de los dispositivos (marcapasos o Holter insertable) implantados posteriormente en cada paciente.

Resultados: Las características basales se resumen en la tabla. Ocho de los 35 pacientes (23%) presentaron bloqueo AV completo catéter-inducido: transitorio en la sala en 4 pacientes (50%) y requiriendo en el resto un marcapasos temporal. Seis de los 8 pacientes (75%) recibieron un marcapasos definitivo y 2 un Holter insertable (25%), en uno de los cuales se detectó bloqueo AV tras pocos meses con implante de marcapasos definitivo posteriormente. El otro paciente portador de Holter insertable no ha registrado eventos tras un año de seguimiento. La presencia de un intervalo PR > 200 ms asociado al BRI fue significativamente más frecuente en el grupo con bloqueo AV catéter-inducido (7 de 8 pacientes, 87,5%), que en los pacientes que no tuvieron esta complicación (7 de 27 pacientes, 25,9%; $p = 0,02$). No fueron significativos otros predictores tales como el intervalo HV o la anchura del QRS. Durante el seguimiento de los 7 pacientes a los que se implantó un marcapasos, se observó una alta tasa de estimulación ventricular (> 70%) en todos ellos.

Características clínicas y electrocardiográficas de los pacientes con BRI y síncope sometidos a EEF

	Bloqueo AV traumático	Sin bloqueo AV traumático	Total
Sexo masculino	7 (87,5%)	17 (62,9%)	24 (68,6%)

Edad media (años)	67	71	70
Sin cardiopatía estructural	3 (37,5%)	14 (51,8%)	17 (48,57%)
Cardiopatía isquémica	2 (25%)	8 (29,6%)	10 (28,57%)
Miocardopatía dilatada idiopática	2 (25%)	1 (3,7%)	3 (8,6%)
Portadores de prótesis valvulares	0	3 (11,1%)	3 (8,6%)
Miocardopatía hipertrófica	1 (12,5%)	1 (3,7%)	2 (5,7%)
Síncope recurrente	5 (62,5%)	19 (70,4%)	24 (68,6%)
Síncope único	1 (12,5%)	8 (29,6%)	9 (25,7%)
PCR reanimada	1 (12,5%)	1 (3,7%)	2 (5,7%)
Intervalo PR > 200 mseg	7 (87,5%)	7 (25,9%)	14 (40%)
Intervalo QRS promedio (mseg)	163,1	146,6	150,4

Conclusiones: El bloqueo AV por contusión durante el EEF de síncope en pacientes con BRI es una complicación relativamente frecuente. El intervalo PR > 200 ms fue el único predictor de BAV por contusión encontrado en nuestra serie. El bloqueo AV por contusión se asoció a la necesidad de estimulación permanente en la mayoría de los pacientes.