



6005-95. SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON SÍNCOPE, TRASTORNO DE CONDUCCIÓN Y ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO NEGATIVO, PREDICTORES DE RECURRENCIA DE SÍNCOPE POR BRADICARDIA

Julián Rodríguez García, Ivo Roca Luque, Gerard Oristrell Santamaría, Jaume Francisco Pascual, Nuria Rivas Gándara, Jordi Pérez Rodón, David García Dorado y Ángel Moya i Mitjans del Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: El estudio electrofisiológico (EEF) está indicado en los pacientes con síncope y QRS ancho para evaluar la necesidad de marcapasos (MCP). Sin embargo, la sensibilidad es inferior al 75%. El objetivo del estudio es analizar el seguimiento de los pacientes con síncope, QRS ancho y EEF negativo y hallar predictores de recurrencia de bradiarritmia o necesidad de MCP.

Métodos: Estudio observacional, ambispectivo y unicéntrico de los pacientes con EEF realizado por síncope y QRS ancho entre 2011 y 2015. Se analizaron los resultados del EEF y la aparición de eventos (síncope por bradiarritmia o bradiarritmia asintomática que requiera MCP) en el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 184 pacientes con FEVI > 35% (varones 63%, media de edad $73,64 \pm 12,75$ años) seguidos durante 28 ± 21 meses. El EEF fue positivo para bradiarritmia en el 32,6%. La recurrencia global de síncope fue del 20% (el 45,9% por bradiarritmia). En los pacientes con EEF negativo se observaron más síncope por bradiarritmia que en el grupo de EEF positivo y portadores de MCP (12,1 frente a 1,7%, $p = 0,01$). Se implantó holter subcutáneo (ILR) en el 50,8% de pacientes, según criterio clínico, destacando en los pacientes del grupo ILR más síncope previos ($2,8 \pm 2,9$ frente a $1,7 \pm 1,1$, $p = 0,01$) y más recurrencias tanto de síncope global (41,9 frente a 5,1% $p = 0,0001$) como por bradiarritmia (24,2 frente a 1,3% $p = 0,0001$). Fueron predictores de síncope por bradiarritmia en pacientes con EEF negativo el bloqueo bifascicular (22 frente a 6,9%, $p = 0,012$) y el trastorno de conducción distinto del bloqueo de rama derecha (BRDHH) (15,8 frente a 3,4%, $p = 0,05$). Un 19,4% de pacientes requirieron estimulación durante el seguimiento (incluyendo bradiarritmias graves no sincopales), siendo predictores nuevamente el bloqueo bifascicular (30 frente a 12,5%, $p = 0,017$) y el trastorno distinto del BRDHH (23,2 frente a 6,9%, $p = 0,05$).

Conclusiones: Pese a la limitada sensibilidad del EEF para descartar bradiarritmia en los pacientes con síncope y QRS ancho, la necesidad de estimulación en el seguimiento de los pacientes con EEF negativo ha sido baja. En estos pacientes, el implante de ILR según criterio clínico ha seleccionado adecuadamente el grupo con mayor probabilidad de recurrencia por bradiarritmia. Son predictores de bradiarritmia en el seguimiento el trastorno de conducción distinto al BRDHH y, en especial, el bloqueo bifascicular.