



6012-8. EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES CON BLOQUEO AURÍCULO-VENTRICULAR COMPLETO (BAVC) TRANSITORIO NO SOMETIDOS A IMPLANTACIÓN INICIAL DE MARCAPASOS

Nuria Farré López, Víctor Bazán Gelizo, Cosme García-García, Julio Martí Almor, Lluís Recasens Gràcia, Oona Meroño Dueñas, Ermengol Valles Gras y Jordi Bruguera Cortada del Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Antecedentes y objetivos: El tratamiento del BAVC es la implantación de marcapasos (MP), excepto si éste es debido a causas reversibles. Nuestro objetivo fue analizar las características y la evolución de BAVC transitorios cuando no se implanta PM permanente.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente todos los pacientes ingresados en nuestro centro desde 2000 hasta 2009 con el diagnóstico de BAVC transitorio en los cuales no se indicó MP de inicio. Se definieron dos grupos con (grupo A) y sin (grupo B) síndrome coronario agudo (SCA) como la causa de BAVC para el análisis comparativo.

Resultados: Sesenta y cuatro pacientes (p) fueron incluidos (grupo A = 44 p, grupo B = 20 p). La edad media fue 72 años (± 12 años), 32 mujeres. Los pacientes no se sometieron a la implantación de MP porque se identificaron causas reversibles: hiperpotasemia (10 p), infección aguda (3 p), embolia pulmonar (1 p), uso previo de fármacos bloqueadores del nodo AV (6 p) y síndrome coronario agudo (SCA) (44 p, 77% con infarto de miocardio inferior). La mortalidad hospitalaria fue del 13% (8 pacientes) y se debió a insuficiencia cardíaca y insuficiencia renal. Los 56 pacientes supervivientes fueron dados de alta en ritmo sinusal (48 pacientes) y en fibrilación auricular (8 pacientes), con trastornos de conducción intraventricular (TCIV) documentados en el 20% de ellos. Los pacientes con BAVC por SCA (grupo A) eran más jóvenes y tenían menos incidencia de hiperpotasemia, TCIV, patología cardíaca e insuficiencia renal previa que los pacientes del grupo B ($p < 0,05$ para cada variable). Durante una mediana de seguimiento de 26 meses (P25-75: 12 a 51 meses), ocho pacientes (14%) recibieron un MP permanente debido a la recurrencia BAVC (tiempo medio hasta la implantación de 8 meses (P25-75: 5-13 meses). El 40% de los pacientes del grupo B (7 pts) recibió MP permanente, frente a solo el 2% (1 p) del grupo A ($p < 0,05$). La identificación del SCA como mecanismo del BAVC fue el único factor asociado independientemente con la ausencia de necesidad de implantación de MP en la evolución ($p = 0,003$).

Conclusiones: Cuarenta por ciento de los pacientes con BAVC transitorio no relacionado con SCA requieren la implantación de MP permanente a largo plazo. El BAVC transitorio en ausencia de SCA requiere un estrecho seguimiento clínico debido a una alta probabilidad de necesidad de MP permanente por recurrencia del BAVC.