



6000-42. PREDICTORES DE BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR AVANZADO EN PACIENTES CON BLOQUEO DE RAMA Y SÍNCOPE DE ORIGEN DESCONOCIDO

Ignacio Mosquera Pérez, Manuel López Pérez, Luisa Pérez Álvarez, Enrique Ricoy Martínez y Alfonso Castro Beiras del Complejo Hospitalario Universitario, A Coruña.

Resumen

Introducción y objetivos: El implante de marcapasos empírico en los pacientes con bloqueo de rama (BR) y síncope de origen desconocido (SOD) es tentador, a pesar de que en muchos casos la causa del SOD puede no ser una bradiarritmia (hasta el 60% en algunas series). Nuestro objetivo fue hallar los predictores de bradiarritmia como causa del SOD en pacientes con BR estudiados mediante estudio electrofisiológico (EEF) o holter implantable (HI).

Métodos: Estudio observacional de cohortes ambispectivo que incluyó a todos los pacientes consecutivos con BR estudiados por SOD en nuestra Unidad entre 2003 y 2012 mediante EEF o HI que tenían algún criterio de sospecha de causa cardíaca o arrítmica y ausencia de indicación de implante de DAI. Se recogieron variables basales, del procedimiento y del seguimiento. Se consideró evento principal la consecución de un diagnóstico de bloqueo aurículo-ventricular avanzado (BAV) mediante HI o el hallazgo en el EEF de algún criterio de bradiarritmia de clase I o II según las actuales guías europeas sobre síncope.

Resultados: Se incluyeron 115 pacientes (edad 73 ± 11 años, 82% varones, 45% con cardiopatía, 31% con arritmias ventriculares no sostenidas en holter de 24 horas, FEVI $60\% \pm 12\%$). En 56 pacientes se realizó implante directo de HI, alcanzándose un diagnóstico de BAV en 25. En 59 pacientes se realizó EEF inicial, observándose criterios de bradiarritmia en 20; en 22 de los 43 pacientes con EEF negativo se implantó un HI, lográndose 6 diagnósticos adicionales de BAV. En total, se llegó a un diagnóstico de bradiarritmia en 51 pacientes (44%). Los predictores independientes de bradiarritmia fueron: bloqueo de 2 ramas con PR largo (OR: 14,6; $p = 0,001$), ausencia de cardiopatía (OR: 5,0; $p = 0,014$) y ausencia de arritmias ventriculares en holter (OR: 6,3; $p = 0,023$). En 4 pacientes (3,5%) el diagnóstico final fue de taquiarritmia ventricular.

Conclusiones: En menos de la mitad de pacientes con SOD y BR se identifica una bradiarritmia como la causa de sus síncope. Estas son más probables en aquellos pacientes con el denominado bloqueo "trifascicular", sin cardiopatía ni arritmias ventriculares no sostenidas en holter de 24 horas.