



6005-97. UTILIDAD DEL HOLTER IMPLANTABLE SUBCUTÁNEO EN PACIENTES INGRESADOS POR SÍNCOPE SIN DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Patricia Márquez Lozano, Carmen García Corrales, Laura García Serrano, Elena Gálvez Ríos, Antonio Chacón Piñero, Francisco de Asís Díaz Cortegana, Juan Manuel Nogales Asensio y Juan José García Guerrero del Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Resumen

Introducción: No se puede definir el diagnóstico etiológico del síncope hasta en un 38% de los casos. El principal obstáculo para el diagnóstico de la causa del síncope radica en la frecuencia impredecible de los episodios. El desarrollo de registradores implantables permite la monitorización electrocardiográfica a largo plazo. Nuestro objetivo fue evaluar la utilidad del Holter implantable subcutáneo (Hs) en establecer el diagnóstico etiológico del síncope en casos de bradiarritmias.

Métodos: Se estudiaron todos los pacientes ingresados por primera vez en cardiología entre los años 2008 y 2012 por síncope de características cardiogénicas excluyéndose aquellos con cardiopatía estructural o alteraciones del ritmo durante el ingreso que justificaran el síncope. Se analizaron las variables basales y evolutivas a lo largo del seguimiento, dividiendo a los dos grupos según se les haya o no implantado Hs. Se consideró que el síncope se diagnosticaba cuando se objetivaba bradiarritmia significativa (BAV avanzado o enfermedad del nodo sinusal, ENS) en el Hs o en el seguimiento.

Resultados: Analizamos 415 pacientes. El 56,9% eran varones y la edad media fue $67 \pm 17,5$ años. En 258 pacientes (62,2%) se implantó Hs. Las características basales y evolutivas según se implantara o no Hs se muestran en la tabla. En 72 pacientes (27,9%) del grupo Hs se llegó al diagnóstico etiológico del síncope: en 43 se evidenció BAV avanzado y en 29 se evidenció ENS. Entre aquellos pacientes con síncope previo o trastorno basal de la conducción, TBC (BAV no avanzado, BRI o bloqueo bifascicular) en los que se implantó Hs el diagnóstico se realizó en el 46,5% de los casos. 1 paciente (0,4%) presentó un decúbito abierto como única complicación en relación al implante de Hs. Entre aquellos pacientes en los que no se implantó el Hs se llegó al diagnóstico en 5 casos (3,2%). En este grupo el 9,6% de casos presentó recurrencia del síncope.

Características basales y evolutivas según implante de Hs			
	No Hs (157 p)	Hs (258 p)	p
Edad	$66,7 \pm 18,3$	$67,1 \pm 17,1$	0,804
Varones	102 (64,9%)	134 (51,9%)	0,023

Síncope previo	33 (21%)	114 (44,2%)	0,001
BAV no avanzado	11 (7,0%)	27 (10,5%)	0,236
BRI	9 (5,7%)	24 (9,3%)	0,192
Bloqueo bifascicular con/sin PR largo	10 (6,4%)	18 (7,0%)	0,811
Algún TCB*	25 (15,9%)	61 (23,6%)	0,06
Síncope previo o TCB*	48 (30,6%)	147 (57,0%)	0,001
Recurrencia síncope	15 (9,6%)	76 (29,5%)	0,001
Diagnóstico síncope	5 (3,2%)	72 (27,9%)	0,013
BRI: Bloqueo de rama izquierda; TCB: Trastorno de la conducción basal.			

Conclusiones: En pacientes con primer ingreso por síncope de posible origen cardiogénico el antecedente de síncope previo y la presencia de alteraciones basales de la conducción se asocian al implante de Hs. En estos pacientes el Hs es una medida segura y eficaz en el diagnóstico etiológico del síncope.