



5006-2. BLOQUEO INTERAURICULAR O SÍNDROME DE BAYÉS COMO PREDICTOR DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL ICTUS CRIPTOGÉNICO

Lina Guiomar Mendieta Badimon¹, Danilo Weir², David Aristizabal², Eduard Guasch¹, Laura Llull³, Franciris Velasquez¹, Rodolfo San Antonio¹, Salvatore Rudilosso³, Laura Sanchís¹, Silvia Montserrat¹, Lluís Mont¹, Antonio Bayés de Luna² y Marta Sitges¹, del ¹Servicio de Cardiología del Hospital Clínic, Barcelona, ²Instituto Catalán de Ciencias Cardiovasculares, Barcelona y ³Servicio de Neurología del Hospital Clínic, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Un tercio de los ictus isquémicos se clasifican como indeterminados. El bloqueo interauricular (BIA) resulta del retraso de conducción en el haz de Bachmann, y se postula como un marcador de disfunción electromecánica auricular predisponente al desarrollo de FA. Nuestro objetivo fue estudiar el valor del BIA como marcador de FA oculta en pacientes con ictus criptogénico.

Métodos: Se identificaron pacientes ingresados por ictus criptogénico y se recogieron datos demográficos, FRCV y otras comorbilidades, la gravedad del ictus y discapacidad resultante (escalas NIHSS y mRS), la escala CHA₂DS₂-VASc, el ECG, el ecocardiograma transtorácico, el Holter 24h, y el TC y RMN cerebrales en fase aguda. Según la morfología de la onda P en el ECG, los pacientes se clasificaron en ECG normal (N, onda p < 120 ms), BIA parcial (BIA-p, p > 120 ms), o BIA avanzado (BIA-a, p > 120 ms y morfología bifásica en DII, DIII y aVF). En la ecocardiografía se calculó el volumen auricular izquierdo indexado. En el Holter 24h se identificaron la presencia de FA > 30 s, extrasistolia supraventricular (ESV) frecuente (> 1%), y taquicardia auricular (> 3 ESV consecutivas). Las lesiones isquémicas cerebrales se clasificaron en corticales, subcorticales o lacunares según su localización en la neuroimagen y su diámetro máximo.

Resultados: Se incluyeron 80 pacientes consecutivos ingresados con ictus criptogénico; 5 fueron excluidos por ECG defectuoso. El análisis de 75 pacientes mostró una elevada prevalencia de BIA-p (n = 30, 40%) y BIA-a (n = 23, 31%). Las características demográficas, FRCV y comorbilidades, la puntuación en escalas NIHSS, mRS y escala CHA₂DS₂-VASc, y el tamaño auricular fueron similares en los 3 grupos. La duración de la onda P fue similar en BIA-p y BIA-a, y en ambos casos mayor que en N. Hubo una tendencia a mayor afección cortical en pacientes con BIA que N. Tras un seguimiento de 549 días, se detectó FA en 13 pacientes (17%), con un riesgo progresivamente mayor de N a BIA-p a BIA-a (p = 0,02) (figura 1). En el Holter (n = 48), se observó mayor frecuencia de ESV y TA en pacientes con BIA (p = 0,02) (figura 2).



Conclusiones: En pacientes con ictus criptogénico, el BIA se asocia a un mayor riesgo de FA e identifica a un subgrupo de pacientes con miocardiopatía auricular que podrían beneficiarse de tratamiento anticoagulante.