Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 749

Revista Española de Cardiología

6005-96. RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DEL HOLTER INSERTABLE EN EL ESTUDIO DEL SÍNCOPE RECURRENTE FRENTE AL SÍNCOPE ÚNICO DE ALTO RIESGO

Nuria González Alemany, Cristina Navarro Valverde, María José Romero Reyes y Francisco Javier Molano Casimiro, del Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: El Holter insertable (HI) constituye una herramienta diagnóstica en el estudio del síncope de origen desconocido. Sin embargo, su rendimiento diagnóstico varía dependiendo de la indicación y factores de riesgo del paciente, siendo aún motivo de debate el implante en síncopes aislados. El objetivo de este estudio fue analizar el rendimiento diagnóstico del HI en el síncope recurrente frente al síncope único de alto riesgo.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo y unicéntrico basado en una cohorte de pacientes a los que se les implantó un HI para estudio de síncope de origen desconocido entre los años 2014 y 2016. La muestra se dividió en 2 cohortes según hubiesen presentado síncope recurrente o un único síncope de alto riesgo. Se consideraron factores de riesgo en el síncope único alguna de las siguientes características: ECG alterado, cardiopatía estructural, FEVI 55% o hallazgos no concluyentes en la monitorización cardiaca (Holter 24 horas o telemetría).

Resultados: Se incluyeron 104 pacientes, 75 con síncope recurrente y 29 con síncope único de alto riesgo. Hubo 5 pérdidas (4%) durante el seguimiento que fueron excluidas del análisis estadístico. La media de seguimiento fue 763 ± 441 días. Ambos grupos fueros comparables en cuanto a características basales, con excepción del antecedente de muerte súbita, la presencia de cardiopatía estructural y la disfunción ventricular, que fueron significativamente mayores en el grupo de síncope único (tabla). La rentabilidad diagnóstica del HI fue similar en los pacientes con síncope único de alto riesgo y aquellos con síncope recurrente (24 frente a 26%, p = 0,869), sin que se encontrasen diferencias entre ambos grupos en el tiempo desde el implante del HI hasta el evento diagnóstico (286 frente a 223 días, p = 0,763). Durante el seguimiento, el 17,2% de los pacientes con síncope único y el 16,6% de los pacientes con síncope recurrente, precisaron implante de marcapasos definitivo (p = 0,944).

Tiempo desde el implante del Holter insertable hasta el evento diagnóstico.

Características basales de ambos grupos de pacientes

	Síncope único (N = 29)	Síncope recurrente (N = 75)	p
Edad (años)	61 ± 17	59 ± 18	0,722
Varones	16 (55%)	43 (57%)	0,842
Hipertensión arterial	15 (52%)	46 (61%)	0,372
Diabetes mellitus	10 (35%)	21 (28%)	0,517
Dislipemia	10 (35%)	35 (47%)	0,261
Antecedentes familiares de muerte súbita	3 (10%)	1 (1%)	0,032
Fibrilación auricular previa	8 (28%)	12 (16%)	0,179
Cardiopatía estructural	10 (35%)	12 (16%)	0,038
FEVI 55%	4 (14%)	2 (3%)	0,050
ECG basal alterado	17 (59%)	33 (44%)	0,181
Pruebas complementarias:			
Holter 24 horas	16 (55%)	45 (60%)	0,654
EEF	7 (24%)	13 (17%)	0,430

Conclusiones: Los pacientes con síncopes aislados de alto riesgo de origen no aclarado tras el estudio inicial obtienen el mismo beneficio diagnóstico tras implante de un HI que aquellos pacientes con síncopes recurrentes de etiología no aclarada. Un importante porcentaje de estos pacientes necesitarán implante de un marcapasos definitivo, independientemente de que la indicación del HI fuese por síncope único o recurrente.