

Revista Española de Cardiología



4019-2. DETECCIÓN DE ARRITMIAS A LARGO PLAZO MEDIANTE HOLTER INSERTABLE EN PACIENTES CON SÍNDROME DE BRUGADA: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN REGISTRO NACIONAL MULTICÉNTRICO

Eusebio García-Izquierdo¹, Julián Palacios Rubio², Iván Hernández Betancor³, Tomás Ripoll Vera⁴, Pablo Ramos Ruiz⁵, Rosa Macías Ruíz⁶, Ernesto Díaz Infante⁷, Melodie Segura Domínguez¹, Daniel García Rodríguez¹, Cristina Aguilera Agudo¹, Diego Jiménez Sánchez¹, Víctor Castro Urda¹, Jorge Toquero Ramos¹, Javier Segovia Cubero¹ y Ignacio Fernández Lozano¹

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, ²Hospital Son Espases, Palma de Mallorca, ³Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, ⁴Hospital Universitario Son Llatzer, Palma de Mallorca, ⁵Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, ⁶Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada y ⁷Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: El uso de holter insertable (HI) en pacientes con síndrome de Brugada (SBr) es una práctica habitual en algunos centros, especialmente en casos con síntomas atípicos no explicados. Sin embargo, la experiencia reportada acerca de las indicaciones y rentabilidad diagnóstica de esta práctica es limitada.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo multicéntrico. Se incluyeron datos de pacientes con SBr que recibieron HI en 7 centros españoles de referencia. Se consideró la detección mediante HI de los siguientes tipos de arritmias: taquicardia supraventricular (TSV) distinta a la taquicardia sinusal; fibrilación auricular (FA); taquiarritmias ventriculares; y bradiarritmias significativas, incluyendo bradicardia sinusal (BS) 3 segundos y bloqueo auriculoventricular (BAV) de alto grado.

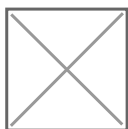
Resultados: Se incluyeron un total de 56 pacientes. Las principales características basales se muestran en la imagen. Las indicaciones para el implante de HI fueron: síncope/presíncope (60%), palpitaciones (20%) y asintomático (20%) en los que se implantó HI por práctica local. Durante una mediana de seguimiento de 36,7 meses (RIC 20,7-45,1), 18 pacientes (32%) presentaron arritmias; 2 pacientes presentaron 2 tipos de arritmias distintas (tabla). Solo 1 paciente presentó arritmias ventriculares. Las arritmias detectadas se correlacionaron con los síntomas reportados en 8 pacientes (44%). En 7 pacientes (39%), la detección de arritmias supuso cambios específicos en el tratamiento (tabla).

Hallazgos monitorización HI

Tipo de arritmia detectada (N = 20)			
Rentabilidad diagnóstica HI	TSV/FA		Acciones terapéuticas (N = 7)
	Arritmias ventriculares	Bradiarritmias	

					Marcapasos por PS sintomática (N = 2)
Global (N = 56)	32%	8	1	11	Betabloq/ca antagonistas por TSV y TVNS sintomáticas (N = 2)
		TSV: 2		BS: 1	Ablación taquicardia auricular (N = 1)
Síncope/presíncope (N = 34)	36%	FA: 2		PS: 6	Anticoagulación por FA (N = 1)
				BAV alto grado: 2	DAI por BAV alto grado + FV inducible en estudio electrofisiológico (N = 1)
Palpitaciones (N = 11)	35%	TSV: 2	Taquicardia ventricular no sostenida (TVNS): 1	BS: 1	
		FA: 1		PS: 1	
Asintomático (N = 11)	18%	FA: 1			

3 pacientes con PS nocturnas, 2 pacientes con PS de tipo neuromediado y 1 paciente con BAV alto grado de tipo neuromediado; ninguno precisó marcapasos.



Mapa de centros y características principales.

Conclusiones: Los resultados de este registro multicéntrico reflejan la utilidad del HI en pacientes con SBr y síntomas no aclarados. Esta estrategia permitió descartar la presencia de arritmias ventriculares graves en todos menos en un paciente. Además, permitió documentar otros tipos de arritmias en casi un tercio de los pacientes, con implicaciones terapéuticas en un porcentaje significativo de ellos.