

La prueba en tabla basculante en el síncope vasovagal: ¿para qué?, ¿a quién?

Angel Moya i Mitjans

Unidad de Arritmias. Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

El síncope vasovagal es una entidad bien conocida desde hace años, cuyas características clínicas fueron magistralmente descritas por Sir Thomas Lewis a principios del siglo pasado¹. Clásicamente, los criterios para establecer el diagnóstico de una etiología vasovagal en pacientes con episodios sincopales se basaban únicamente en la presencia de circunstancias desencadenantes y síntomas prodrómicos típicos.

En 1986, Kenny et al² publicaron un artículo en el que propusieron la utilización en prueba de la tabla basculante (PTB) como herramienta diagnóstica para establecer la etiología vasovagal en pacientes con síncope de causa desconocida. Tras esta publicación, el interés por dicha entidad aumentó considerablemente, y se incrementó de forma espectacular el número de publicaciones, tanto sobre el síncope vasovagal como sobre la propia PTB. Quince años después de esta primera publicación puede ser interesante realizar una revisión crítica de lo que ha aportado la PTB a nuestros conocimientos sobre el síncope vasovagal, así como de sus limitaciones.

La PTB puede ser considerada como un modelo experimental que permite provocar, de forma relativamente controlada, respuestas vasovagales en pacientes susceptibles. Esto ha permitido conocer mejor diversos aspectos de los mecanismos fisiopatológicos del síncope vasovagal como, por ejemplo, el comportamiento del árbol vascular, los cambios de la volemia, las alteraciones de la contractilidad miocárdica previas al episodio, las variaciones en la secreción de catecolaminas y las modificaciones en la variabilidad de la frecuencia cardíaca o en el tráfico simpático, entre otros. Asimismo, mediante la observación del compor-

tamiento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial durante la PTB se han podido caracterizar diferentes patrones, lo que ha permitido establecer una clasificación de las respuestas vasovagales³. Así pues, es indudable que la utilización de la PTB ha contribuido de manera importante a la mejoría de nuestro conocimiento sobre los mecanismos fisiopatológicos y sobre la caracterización clínica del síncope vasovagal.

La utilización de la PTB como herramienta diagnóstica tiene, sin embargo, algunas limitaciones. La primera de ellas está en relación al hecho de que no se haya podido establecer un protocolo uniforme. Como consecuencia, en el momento actual existe una gran variedad de protocolos⁴, lo que hace difícil comparar los resultados entre las diferentes series. Otro problema reside en la dificultad para establecer la fiabilidad diagnóstica de la prueba, ya que para ello es imprescindible conocer su especificidad y su sensibilidad. La especificidad de la mayoría de los protocolos se ha podido establecer con facilidad mediante el análisis de la tasa de respuestas positivas en individuos sanos y sin antecedentes sincopales, y es relativamente alta. Sin embargo, su sensibilidad no se conoce, ya que no existe un «patrón oro» con el que comparar los resultados de la prueba. Así pues, la presencia de una respuesta positiva a la PTB en pacientes sin cardiopatía y ECG normal, o en aquellos con cardiopatía en los que se haya descartado de manera razonable una etiología cardiogénica de los episodios sincopales, se considera que puede establecer el diagnóstico de una etiología vasovagal. Esto ha permitido realizar el diagnóstico de síncope vasovagal en pacientes con episodios sincopales bruscos sin desencadenante aparente. Sin embargo, la ausencia de una respuesta positiva a la PTB, especialmente en pacientes sin cardiopatía y con ECG normal, no permite excluir una etiología vasovagal del mismo.

A pesar de que diversos estudios han intentado valorar si la PTB podía ser utilizada como predictor de recidivas o de severidad de los episodios sincopales, no se ha podido identificar ninguna variable de la propia prueba que fuera capaz de predecir la evolución en el seguimiento. Sheldon et al⁵ analizaron una serie de va-

VER ARTÍCULO EN PÁGS. 487-92

Correspondencia: Dr. A. Moya i Mitjans.
Unitat d'Arritmies. Servei de Cardiologia.
Hospital General Universitari Vall d'Hebron.
P.º Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona.
Correo electrónico: 11193amm@comb.es

Full English text available at: www.revespcardiol.org

riables entre las que incluyeron tanto datos clínicos como de la propia PTB, y encontraron que sólo la combinación del número de síncope previos y de la duración de la historia sincopal era predictora de recurrencias en el seguimiento. Asimismo, Malik et al⁶ describieron que la presencia de un nuevo episodio sincopal en el primer mes tras la PTB era también un predictor de recidivas. En todas las series se ha observado que el pronóstico en cuanto a supervivencia de los pacientes con síncope vasovagal es excelente, independientemente del resultado de la PTB. Por todo ello se puede considerar que la PTB no aporta información útil para predecir la evolución de estos pacientes.

Recientemente, los resultados del estudio ISSUE en el subgrupo de pacientes sin cardiopatía y ECG basal normal y, por tanto, con una baja probabilidad de presentar síncope cardiogénico, han corroborado estos datos⁷. En este estudio se colocó un Holter implantable, tanto a pacientes con respuesta positiva como con respuesta negativa a la PTB. En el seguimiento se ha podido comprobar que el comportamiento de los dos grupos fue idéntico, tanto respecto al número de recidivas como a los hallazgos electrocardiográficos durante los episodios sincopales. Debe destacarse, además, que el número de pacientes en los que se registró una cardioinhibición importante durante el episodio sincopal espontáneo fue muy elevado (aproximadamente el 50%), y que este hallazgo no sólo se observó en pacientes que habían presentado una respuesta cardioinhibidora a la PTB, sino también entre los que habían presentado una respuesta vasodepresora, así como en pacientes que tuvieron una PTB negativa. Asimismo, se pudo observar que con un seguimiento medio de 10 meses, sólo un paciente presentó un traumatismo, que ocurrió durante un episodio sincopal sin cardioinhibición, y no hubo ningún fallecimiento. Estos hallazgos confirman las limitaciones de la PTB en la estratificación pronóstica de los pacientes con episodios sincopales de causa desconocida, ya que en esta serie no fue capaz de predecir ni el mecanismo ni la evolución de las recurrencias sincopales.

La mayoría de estos datos se han obtenido a partir de estudios realizados en la población adulta; sin embargo, debe destacarse que el síncope vasovagal se presenta con una incidencia especialmente elevada entre la población pediátrica. Además, por las características de esta población, los episodios sincopales en niños suelen generar un cierto grado de ansiedad, especialmente en su entorno familiar. Por todo ello, es importante disponer de datos específicos sobre las características y el pronóstico de los episodios sincopales vasovagales en la población pediátrica que nos permitan establecer una estrategia en la que sólo se utilicen aquellas pruebas que aporten información útil para el manejo diagnóstico, terapéutico y pronóstico, evitando así la realización de pruebas innecesarias que pueden generar más ansiedad y sobrecargar la asisten-

cia, generando más costes.

El artículo de Díaz et al⁸, publicado en el presente número de la REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, aporta información específica sobre la evolución del síncope vasovagal en la población pediátrica. En él, los autores estudian, en una población pediátrica en la que se ha descartado una etiología cardiogénica de sus síncope, qué variables clínicas y de la propia PTB pueden tener valor predictivo de la evolución a medio plazo. Los hallazgos son similares a los datos de los que se dispone para la población adulta, confirmando por un lado que el pronóstico a medio plazo es bueno y, por otro, que sólo las variables clínicas referidas al número de episodios previos tienen valor pronóstico, mientras que ninguna variable relacionada con la propia PTB tiene valor predictivo para el seguimiento. Los autores definieron, antes de la realización de la PTB y sobre la base de las características clínicas, si los pacientes tenían una probabilidad alta, media o baja de presentar un síncope vasovagal, hallando que un 66% de los pacientes tenían una probabilidad elevada.

Basándose en estos datos, los autores sugieren que a los pacientes con un único episodio sincopal previo, que en esta serie son el 32%, no se les debería realizar una PTB, ya que estos pacientes no presentaron recidivas en el seguimiento. Por el contrario, sugieren que la PTB podría ser útil en pacientes con un mayor número de síncope previos, ya sea para confirmar el diagnóstico o para identificar a aquellos enfermos con episodios muy severos y recidivantes con una respuesta cardioinhibidora a la PTB, que se pudieran beneficiar de un tratamiento mediante estimulación cardíaca permanente.

Como se ha comprobado para la población adulta y se confirma en este trabajo para la población pediátrica, la PTB es una herramienta que, aunque con limitaciones, tiene un papel eminentemente diagnóstico, mientras que no se ha demostrado que tenga valor ni para establecer el pronóstico ni en la selección de tratamiento. En consecuencia, las recomendaciones para indicar la PTB deben referirse únicamente a su papel como herramienta diagnóstica en pacientes con síncope de etiología desconocida. Por este motivo, posiblemente no deba realizarse una PTB a pacientes con una probabilidad alta, sobre la base de criterios clínicos, de tener un síncope vasovagal, especialmente si se trata de población pediátrica en la que se ha descartado una causa cardiogénica, reservándola sólo para aquellos pacientes en los que el diagnóstico de una etiología vasovagal sea dudosa.

Por otro lado, se debe ser cauto a la hora de referirse a la indicación de estimulación cardíaca en pacientes pediátricos con síncope vasovagal. En primer lugar porque, como reconocen los autores, los datos disponibles en la bibliografía se han obtenido en la población adulta y, por tanto, es problemática su extrapolación a la población pediátrica, ya que el síncope vasovagal es una entidad benigna, relativamente frecuente en niños y en los que la historia sincopal suele remitir con frecuencia cuando alcanzan la edad adulta. Además,

aparte del valor limitado que se conoce que tiene la PTB en la identificación de los pacientes que presentan cardioinhibición severa durante los episodios espontáneos, Tercedor et al⁹ demostraron que la PTB en la población pediátrica tiene una mayor tasa de respuestas cardioinhibidoras que en la población adulta, lo que podría llevar a una sobrestimación de los posibles candidatos a marcapasos, en el caso de que se utilizara la respuesta a la PTB con dicha finalidad.

Por todo ello, creemos que a partir de los datos de la bibliografía y de los que aportan Díaz et al en este mismo artículo, podemos afirmar que el síncope en pacientes pediátricos sin cardiopatía y ECG normal es una entidad que tiene un curso benigno. Al igual que en la población adulta, los datos clínicos, tanto los que se refieren a las características de los episodios sincopales como al número previo de episodios, son habitualmente suficientes para poder realizar un correcto diagnóstico y una estimación pronóstica en la mayoría de los pacientes. La PTB debe reservarse para aquellos pacientes con episodios sincopales recidivantes, clínicamente poco sugestivos de ser vasovagales y en los que se hayan descartado otras causas. En estos pacientes, si bien una respuesta positiva permitirá realizar el diagnóstico de una etiología vasovagal de los mismos, la presencia de una respuesta negativa no permite excluir el diagnóstico de síncope vasovagal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lewis T. Vasovagal syncope and the carotid sinus mechanism. *Br Med J* 1932;1:873-6.
2. Kenny RA, Ingram A, Bayliss J, Sutton R. Head-up tilt: a useful test for investigating unexplained syncope. *Lancet* 1986;1:1352-5.
3. Brignole M, Menozzi C, Del Rosso A, Costa S, Gaggioli G, Bottoni N, et al. New classification of haemodynamics of vasovagal syncope: beyond the VASIS classification. Analysis of the pre-syncope phase of the tilt test without and with nitroglycerin challenge. *Vasovagal Syncope International Study. Europace* 2000; 2:66-76.
4. Brignole M, Alboni P, Benditt D, Bergfeldt L, Blanc JJ, Bloch Thomsen PE, et al. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope. *Eur Heart J* 2001;22:1256-306.
5. Sheldon R, Rose S, Patricia S, Koshman ML, Shawn S. Risk factors for syncope recurrence after a positive tilt-table test in patients with syncope. *Circulation* 1996;93:973-81.
6. Malik P, Koshman ML, Sheldon R. Timing of first recurrence of syncope predicts syncopal frequency after a positive tilt table test result. *J Am Coll Cardiol* 1997;29:1284-9.
7. Moya A, Brignole M, Menozzi C, García-Civera R, Tognarini S, Mont L, et al. Mechanism of syncope in patients with isolated syncope and in patients with tilt-positive syncope. *Circulation* 2001; 104:1262-7.
8. Díaz JF, Tercedor L, Moreno E, García R, Álvarez M, Sánchez J, et al. El síncope vasovagal en pacientes pediátricos: un análisis de la evolución a medio plazo. *Rev Esp Cardiol* 2002;55:487-92
9. Tercedor L, Díaz JF, Aguado MJ, Moreno E, Molina E, Álvarez M, et al. El test de basculación en la evaluación del síncope de origen desconocido: ¿existen diferencias entre niño y adultos? *Rev Esp Cardiol* 1999;52:189-95.