

2. EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE EL SÍNCOPE DE REPOSO PUEDE PERSISTIR TRAS LA INTERVENCIÓN Y SE ASOCIA CON MORTALIDAD CARDIOVASCULAR

Mario García Gómez¹, Cristina de Ybarra Falcón¹, Sara Martín Paniagua¹, David Carnicero Martínez¹, Adrián Lozano Ibáñez¹, Ana Alañón Hernández¹, María José Coya Alba¹, Noemí Ramos², Ignacio J. Amat Santos¹, Teresa Sevilla¹, Ana Revilla¹, Manuel Carrasco¹, María Jesús Rollán³, Isidre Vilacosta² y J. Alberto San Román¹

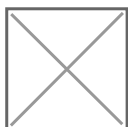
¹Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España, ²Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España y ³Cardiología. Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: En pacientes con estenosis aórtica (EA) grave, el síncope es una de las indicaciones de recambio valvular aórtico (RVA). La evolución del síncope tras el RVA y su asociación con los resultados son desconocidos. Nuestro objetivo fue describir la evolución del síncope tras el RVA y su impacto en el pronóstico.

Métodos: Se analizaron de forma retrospectiva 320 pacientes sintomáticos con EA grave aislada (sin otras valvulopatías o enfermedad coronaria), procedentes de dos centros españoles de tercer nivel, que fueron sometidos a RVA. El trabajo se centra en los 53 pacientes que reportaron un síncope previo a la intervención. La mortalidad total y la mortalidad cardiovascular fueron consideradas eventos.

Resultados: Un total de 53 pacientes tuvieron un síncope previo al RVA (29 de esfuerzo (54,7%), 21 de reposo (39,6%) y 3 de perfil descocido (5,7%). Las características clínicas y ecocardiográficas fueron similares en los pacientes con y sin síncope basal. Tras una media de seguimiento de 69 meses (IQR [55-58]), ningún paciente con síncope de esfuerzo basal volvió a presentar otro síncope tras el RVA. Por el contrario, de los 21 pacientes con un síncope de reposo, 8 (38%, p 0,001) volvieron a presentar un síncope durante el seguimiento. Todos los síncope recurrentes (100%) fueron de reposo: 3 precisaron el implante de un marcapasos definitivo, 3 fueron de perfil neuromediado u ortostático/hipotensivo y 2 tuvieron una causa arrítmica. La recurrencia del síncope tras el RVA se asoció con mortalidad cardiovascular (HR 5,74; IC95% [2,17-15,17]; p 0,001).



Curvas de Kaplan-Meier de mortalidad total y mortalidad cardiovascular.

Conclusiones: En pacientes con EA grave, el síncope de esfuerzo desaparece tras el RVA. Sin embargo, el síncope de reposo recurre en una alta proporción de casos. Además, la presencia de un nuevo síncope tras el RVA se asocia a un peor pronóstico. De acuerdo con nuestros resultados, en pacientes con EA grave y síncope de reposo, otras causas de síncope deben ser descartadas antes de proceder al RVA.