



Revista Española de Cardiología



6002-9. ICTUS ISQUÉMICOS SILENTES EN RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE EPISODIOS DE FRECUENCIA RÁPIDA AURICULAR EN PORTADORES DE DISPOSITIVOS DE ESTIMULACIÓN CARDIACA

Juan Benezet Mazuecos, José Manuel Rubio Campal, Marcelino Cortés, José Antonio Iglesias, Soraya Calle, Juan José de la Vieja, Elena de la Cruz Berlanga y Jerónimo Farré de la Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Introducción: Las mejoras de la capacidad de monitorización de los dispositivos de estimulación cardiaca (DEC) han revelado que un gran número de pacientes presentan episodios de fibrilación auricular (FA) detectada como episodios de frecuencia rápida auricular (EFRA). La presencia de EFRA > 5 min se ha relacionado con un aumento en el riesgo de ictus, pero una gran proporción de las lesiones isquémicas cerebrales pueden cursar de un modo silente.

Métodos: Analizamos prospectivamente la incidencia de EFRA > 5min compatibles con FA en pacientes en ritmo sinusal con DEC bicamerales y la presencia de lesiones isquémicas silentes en un TAC craneal.

Resultados: Seguimos 109 pacientes (56% hombres, edad 74 ± 9 años) con un score CHADS₂ y CHA₂DS₂-VASc de $2,3 \pm 1,3$ y $3,9 \pm 1,6$ respectivamente. Veintidós pacientes (20%) tenían historia previa de FA. Después de 12 meses de seguimiento, 28 pacientes (25,7%) mostraron al menos un EFRA > 5 min. Estos pacientes tenían con más frecuencia historia de FA y ACV/AIT. El TAC craneal mostró lesiones isquémicas silentes en 28 pacientes (25,7%). La presencia de dichas lesiones se asoció significativamente la edad del paciente, la historia previa de FA o ACV/AIT, el score CHADS₂ o CHA₂DS₂-VASc más alto y a la presencia de EFRA > 5 min. El análisis multivariante mostró que la presencia de EFRA > 5 min (HR 3,05 [1,06-8,81; p 0,05]) y el score CHA₂DS₂-VASc (HR 2,29 [1,55-3,37; p 0,001]) eran predictores independientes de la presencia de lesiones isquémicas silentes en el TAC.

Riesgo de lesiones isquémicas silentes en el TAC craneal en pacientes portadores de dispositivos de estimulación cardiaca

	Población general			Pacientes con historia previa de FA		
	OR	IC95%	p	OR	IC95%	p
Edad	1,09	(1,02-1,17)	0,05	1,08	(1,01-1,17)	0,05

Sexo (varón)	1,06	(0,44-2,53)	0,88	2,85	(0,85 – 9,55)	0,08
CHADS ₂ score	2,67	(1,71 ± 4,16)	0,001	2,31	(1,42 ± 3,76)	0,001
CHA ₂ DS ₂ VASc score	2,28	(1,56 ± 3,33)	0,001	1,99	(1,32 ± 3,00)	0,001
HTA	2,38	(0,64 ± 8,79)	0,19	1,76	(0,45 ± 6,81)	0,41
Diabetes	1,63	(0,66 ± 4,01)	0,28	1,67	(0,56 ± 4,95)	0,35
Cardiopatía estructural	1,53	(0,62 ± 3,76)	0,34	1,96	(0,67 ± 5,68)	0,21
Historia de ICC	0,61	(0,12 ± 3,03)	0,55	0,75	(0,08 ± 6,88)	0,80
Historia de ACVA/AIT	10,57	(3,61 ± 30,88)	0,001	8,14	(2,18 ± 30,30)	0,05
Historia de FA	3,19	(1,19 ± 8,56)	0,05	-	-	-
Insuficiencia renal crónica	2,08	(0,78 ± 5,50)	0,13	2,02	(0,60 ± 6,84)	0,25
Enfermedad de pequeño vaso en TAC	1,96	(0,82 ± 4,67)	0,12	2,50	(0,87 ± 7,18)	0,08
EFRA > 5 min	3,04	(1,20 ± 7,70)	0,05	5,33	(1,66 ± 17,08)	0,05

Conclusiones: Los DEC pueden detectar de una manera fiable episodios de FA como EFRA. Estos EFRA se relacionan con una mayor incidencia de lesiones isquémicas silentes en el TAC. Por lo tanto, los EFRA representan una variedad de FA silente donde no existen actualmente recomendaciones en cuanto a su manejo a pesar de que presentan un riesgo embólico aumentado y probablemente infraestimado.