



4010-2. UTILIDAD DEL HOLTER INSERTABLE PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNCOPE DE ORIGEN DESCONOCIDO EN PACIENTES CON TRASPLANTE CARDIACO

Emilse Martínez Paz¹, Eduardo Barge-Caballero², Laura Álvarez Roy¹, María J. Paniagua-Martín², Gonzalo Barge-Caballero², David Couto Mallón², Luisa Pérez Álvarez² y Marisa Crespo-Leiro² del ¹Hospital de León y ²Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Resumen

Introducción y objetivos: El síncope puede ser un evento común en los pacientes receptores de trasplante cardiaco (TC). Dentro de sus causas debemos diferenciar entre cardíacas, potencialmente graves, y no cardíacas. La aparición de eventos arrítmicos en estos pacientes se puede ver precipitada por diferentes mecanismos que generan un sustrato pro-arrítmico en el corazón trasplantado. El objetivo del estudio fue evaluar la utilidad del Holter insertable (HI) en el diagnóstico del síncope de origen desconocido en una cohorte de pacientes trasplantados cardíacos.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo basado en la cohorte histórica de receptores de TC de un centro de referencia. Se incluyeron todos los pacientes a los que se les implantó un HI para estudio de síncope de origen desconocido entre los años 2006 y 2016 (n = 22 pacientes, edad media 61,6 ± 10 años, 2,8% del total de pacientes trasplantados (n = 762)). El HI se consideró en pacientes con síncope o presíncope de causa incierta o alta sospecha de causa arrítmica no demostrada mediante estudios diagnósticos habituales. En casos seleccionados se realizó biopsia endomiocárdica o coronariografía (sospecha de rechazo o enfermedad vascular del injerto).

Resultados: El implante del HI resultó diagnóstico en 12 pacientes (54%). La mediana de tiempo transcurrida entre el implante y el diagnóstico fue de 91,5 días (rango 1074). Entre aquellos en los que se identificó la causa etiológica del síncope, 10 individuos (83%) presentaron origen cardiogénico en forma de bradiarritmias (5 bloqueo aurículo-ventricular completo y 5 enfermedad nodo sinusal) y 2 pacientes (17%) presentaron recurrencia sincopal de origen neuromediado. No se documentó rechazo en ninguno, 4 pacientes presentaron enfermedad vascular del injerto (CAV 2,3), decidiéndose angioplastia en 2 casos, previo al implante de HI. En el grupo en que el HI no ha sido diagnóstico (n = 10, 46%), solo en 6 casos se retiró el dispositivo por agotamiento de batería (27%), 2 están aún en seguimiento y 1 paciente tuvo una muerte súbita extrahospitalaria, asumiendo una probable etiología arrítmica en forma de taquí o bradiarritmia.



Eventos tras implante de Holter.

Características basales, estudios preimplante y actitud tras diagnóstico

Pacientes inscritos	22 (100%)
Mujeres	5 (22,7%)
Edad TC $\pm$ DT (años)	54,1 $\pm$ 11
Edad síncope $\pm$ DT (años)	61,6 $\pm$ 10
Intervalo tiempo TC-Síncope (meses)	90 $\pm$ 53
Indicación de implante HI: síncope inexplicado	19 (86%)
Presíncope inexplicado	3 (14%)
Número síncope/presíncope antes del implante	2 $\pm$ 1
Estudios previos	
ECG, ecocardiograma, Holter 24h/Telemetría	22 (100%)
Estudio electrofisiológico	1 (5%)
Coronariografía	19 (86%)
Biopsia endomiocárdica(BEM)	15 (68%)
Hallazgos ECG	
Bloqueo AV de primer grado (BAV 1ºG)	2 (9%)
Bloqueo completo de rama (BRDHH, BRIHH)	3(14%)
Bloqueo trifascicular (BAV 1ºG+BRDHH + hemibloqueo anterior izquierdo)	1 (4%)

Ecocardiograma: FEVI 50	2 (9%)
Coronariografía (enfermedad vascular injerto): CAV 2,3	6 (26%)
Recurrencia síntomas	12 (54%)
Actitud tras diagnóstico: Implante marcapasos	10 (45%)
Retirada HI	2 (9%)

Conclusiones: El implante de HI parece una estrategia recomendable en pacientes con TC y síncope inexplicados, con un rendimiento diagnóstico superior al 50% en nuestra serie. Las causas identificables más frecuentes fueron las bradiarritmias.