



5000-5. ETIOLOGÍA DEL SÍNCOPE EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE

Yassin Belahnech Pujol, Jaume Francisco Pascual, Eduardo Ródenas Alesina, Nuria Rivas Gándara, Ivo Roca Luque, Jordi Pérez Rodón, Alba Santos Ortega, Sandra Isabel Llerena Butrón, Ángel Moya i Mitjans, Vicente Serra García, Yolima Cossio Gil y David García Dorado, del Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: A pesar de que la estenosis aórtica (EAo) se ha descrito como causa de síncope, otras etiologías pueden estar presentes. La identificación de una causa arrítmica subyacente tiene implicaciones clínicas y pronósticas evidentes. Pocos estudios en la literatura han evaluado los predictores de una causa arrítmica en esta población. Nuestro objetivo fue evaluar factores clínicos y electrocardiográficos que podrían predecir una etiología arrítmica del síncope en pacientes con EAo grave.

Métodos: Se realizó un estudio observacional con todos los pacientes con diagnóstico al alta de síncope y EAo entre enero de 2010 y diciembre de 2017. Los pacientes fueron examinados por un equipo multidisciplinar según las guías de práctica clínica actuales sobre síncope y valvulopatías de la ESC y, según las mismas, se definió la causa del síncope.

Resultados: De los 293 pacientes con diagnóstico de síncope y EAo, 41 (13,9%) presentaron EAo grave en el momento del síncope. De estos, 14 pacientes (34,1%) tuvieron un síncope arrítmico (8 (30,7%) bloqueo auriculoventricular avanzado, 4 (15,4%) disfunción sinusal, 2 (7,7%) arritmias auriculares rápidas y 30 pacientes presentaron un síncope no arrítmico: 16 (39%) inexplicado, 7 (17,1%) reflejo u ortostático y 4 (9,6%) por otras causas. Entre pacientes con y sin síncope arrítmico no hubo diferencias significativas en el sexo (46,7 frente a 45,5% mujeres, $p = 0,94$), la edad ($77,5 \pm 12,5$ frente a $76,9 \pm 8,9$ años, $p = 0,16$), el tratamiento antihipertensivo (73,3 frente a 81,8% $p = 0,57$) o comorbilidades basales. El QRS ancho en el ECG al ingreso (16,7 frente a 63,6%, RR 3,76, $p = 0,01$) y la frecuencia cardíaca más baja al ingreso ($80,1 \pm 22,2$ frente a $60,24 \pm 21,1$ lpm, $p = 0,02$) se asociaron con un mayor riesgo de síncope arrítmico, mientras que la presencia de un desencadenante clínico identificable (56,7 frente a 9,1%, RR 0,15, $p = 0,01$) fue un predictor de síncope no arrítmico. Los pacientes con síncope no arrítmico presentaron una tendencia a tener gradiente pico más elevado en el ecocardiograma ($88,5 \pm 24,2$ frente a $71,3 \pm 27,2$ mmHg, $p = 0,07$).

Conclusiones: El síncope arrítmico es una causa común de síncope en pacientes con EAo grave. La presencia de un complejo QRS ancho y una frecuencia cardíaca menor en el ECG de ingreso se asocian con un mayor riesgo de síncope arrítmico, mientras que la presencia de un desencadenante clínico identificable es un predictor de un síncope no arrítmico.