



4027-6. CARACTERIZACIÓN HEMODINÁMICA DEL SÍNCOPE NEUROMEDIADO EN EDAD PEDIÁTRICA MEDIANTE TEST BASCULANTE Y CARDIOGRAFÍA DE IMPEDANCIA

Miguel Molina San Quirico¹, Manuel Lozano González¹, Víctor Expósito García¹, Susana González Enríquez¹, Felipe Rodríguez Entem¹, Santiago Catoya Villa¹, Irene Castro Ramos², Ana Isabel Pastor Tudela³ y Juan José Olalla Antolín¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria. ²Servicio de Pediatría, Centro de Salud Cudeyo, Medio Cudeyo, Cantabria. ³Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria.

Resumen

Introducción y objetivos: El síncope neuromediado (SNM) es la causa más frecuente de síncope en pacientes jóvenes. El test de mesa basculante (TMB), a pesar de sus limitaciones, se utiliza como método diagnóstico, con sensibilidad y especificidad de 75%. Utilizamos medidas de cardioimpedancia durante el TMB para definir la fisiopatología subyacente al SNM en esta población.

Métodos: Incluimos en el estudio pacientes consecutivos menores de 16 años con sospecha clínica de SNM remitidos para TMB. Este se realizó según protocolo italiano, con fase activa farmacológica en caso de negatividad tras fase pasiva de 15', así como medida continua de frecuencia cardiaca, tensión arterial y cardiografía de impedancia. La respuesta hemodinámica se clasificó según criterios VASIS-2.

Resultados: 43 pacientes (24 mujeres, 19 varones; edad media $11,9 \pm 0,8$) se incluyeron en el estudio, 29 de ellos con TMB (+), con respuesta VASIS-1(mixta) en 21, VASIS-2 (cardioinhibidora) en 6, VASIS-3 (vasodepresora) en 2. Con el inicio del estrés ortostático aparecen diferencias significativas en la variabilidad de frecuencia cardiaca, con un aumento significativo de la relación LF/HF (relación entre componente de baja y alta frecuencia de la misma, respectivamente), en aquellos pacientes con TMB (+).

Parámetros durante el tilt test

	Inicio tilt	5' del inicio del tilt	Síncope	
Frecuencia cardiaca (latidos/min)	77,5 $\pm$ 14,3	93,4 $\pm$ 17,7	68,5 $\pm$ 36,1	TMB (+)
	79,0 $\pm$ 17,4	89,6 $\pm$ 14,5	95,9 $\pm$ 18,5 *	TMB (-)
TA sistólica (mmHg)	125,9 $\pm$ 15,5	123,0 $\pm$ 25,9	71,2 $\pm$ 29,7	TMB (+)

122,4 ± 21,2	130,8 ± 13,9	133,1 ± 23,3 *	TMB (-)	
	79,8 ± 12,5	81,7 ± 15,8	40,4 ± 22,8	TMB (+)
TA diastólica (mmHg)	74,5 ± 19,3	89,2 ± 12,8	88,5 ± 22,3 *	TMB (-)
	94,9 ± 13,4	95,8 ± 19,7	50,1 ± 26,2	TMB (+)
TA media (mmHg)	90,3 ± 19,8	103,5 ± 12,5	104,2 ± 23,8 *	TMB (-)
	53,6 ± 10,9	37,4 ± 6,6	46,1 ± 14,1	TMB (+)
Stroke index (ml/m ²)	49,2 ± 15,1	35,9 ± 8,1	36,4 ± 6,3 **	TMB (-)
	4,12 ± 0,9	3,45 ± 0,7	2,97 ± 1,6	TMB (+)
Cardiac index (L/min/m ²)	3,82 ± 1,2	3,13 ± 0,5	3,5 ± 0,9 *	TMB (-)
	83,6 ± 17,5	67,5 ± 10,5	74,3 ± 21,3	TMB (+)
End diastolic index	75,2 ± 21,3	64,7 ± 14,1	66,9 ± 11,6 **	TMB (-)
	5,24 ± 1,5	4,47 ± 0,9	3,2 ± 1,2	TMB (+)
Índice de trabajo de VI (Kg*m/min/m ²)	4,18 ± 1,1	4,33 ± 0,8	4,7 ± 1,5	TMB (-)
	2,65 ± 7,7	2,66 ± 2,7	1,19 ± 0,6	TMB (+)
LF/HF	5,2 ± 15,1	8,7 ± 20,9 **	11,9 ± 23 **	TMB (-)

Conclusiones: Las formas predominantes de síncope vasovagal en jóvenes son mixtas o cardioinhibidoras. Fisiopatológicamente, se caracterizan por una mayor variabilidad de frecuencia cardíaca, con marcado disbalance autonómico durante el *tilt*. Esto contribuye a la alteración del tono vasomotor y vasoconstricción ineficaz, que precede al síncope en los sujetos con TMB (+).