



6027-3. SÍNCOPE ÚNICO O RECURRENTE EN PACIENTES CON QRS ANCHO: ¿TIENEN EL MISMO RIESGO ARRÍTMICO?

Manel Maymi Ballesteros, Jaume Francisco-Pascual, Clara Badia Molins, Jordi Pérez-Rodón, Begoña Benito, Alba Santos-Ortega, Ivo Roca-Luque, Montserrat Bach-Oller, Gerard Oristrell Santamaría, Javier Cantalapiedra-Romero, Jenson Maldonado, Ignacio Ferreira-González y Nuria Rivas-Gándara

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con bloqueo de rama (BR) tienen un elevado riesgo de presentar un síncope arritmogénico (SA). En pacientes con episodios sincopales recurrentes (ESR) un estudio completo incluyendo un estudio electrofisiológico (EEF) o monitor cardiaco implantable (MCI) está recomendado, sin embargo pacientes con un primer episodio sincopal también tienen riesgo de presentar un SA. El objetivo del estudio es determinar si los pacientes con BR y episodio sincopal único (ESU) tienen un elevado riesgo de presentar un SA y compararlo con los pacientes con episodios sincopales recurrentes (ESR).

Métodos: Estudio de cohortes llevado a cabo en un hospital terciario, centro de referencia en síncope. Desde enero 2008 hasta diciembre de 2020 se incluyen todos los pacientes con BR y síncope de origen desconocido tras la evaluación inicial y sin indicación directa de desfibrilador automático implantable (DAI). El manejo se realizó de acuerdo con las guías europeas de práctica clínica.

Resultados: Se incluyeron 443 pacientes (74 ± 12 años, 37% mujeres). Seguimiento medio de $3,4 \pm 2$ años. 249 pacientes se diagnosticaron de AS [115 (55%) en el grupo ESR y 134 (57%) en el grupo ESU, $p = 0,7$], 239 se debían a bradiarritmias (bloqueo auriculoventricular o disfunción sinusal). No se encontraron diferencias en las características basales de ambos grupos, a excepción del bloqueo bifascicular que fue ligeramente más prevalente en los pacientes con ESU (41 vs 31%, $p = 0,02$) (fig. Panel A). El riesgo de SA fue del 55% en pacientes con ESU y del 57% en pacientes con ESR ($p = 0,8$). Los ESR no se asociaron con un incremento del riesgo de SA en el análisis univariante (OR 1,1, IC95% 0,7-1,6) ni en el multivariante (fig. Panel B). El rendimiento diagnóstico del EEF y del MCI fue del 46/44% respectivamente en el grupo ESU y del 47/43% en el grupo ESR ($p = 0,8$) (fig. Panel C). Después de un tratamiento adecuado, la tasa de recurrencia del síncope fue del 8% en el grupo ESU y del 10% en el grupo ESR ($p = 0,7$). No se encontraron diferencias significativas en la mortalidad.



1. A) Características basales de los grupos; B) Odds ratio para síncope arrítmicos; C) Rendimiento diagnóstico, recurrencia y mortalidad.

Conclusiones: Los pacientes con BR y ESU tienen un elevado riesgo de SA y es similar al de los pacientes con ESR. El EEF y el MCI ofrecen un rendimiento diagnóstico similar en ambos grupos. Se recomienda un estudio completo del síncope en estos pacientes pese a presentar un único episodio.