

Estratificación del riesgo de bloqueo AV avanzado mediante el fenotipo electrocardiográfico en el síncope inexplicado con bloqueo de rama

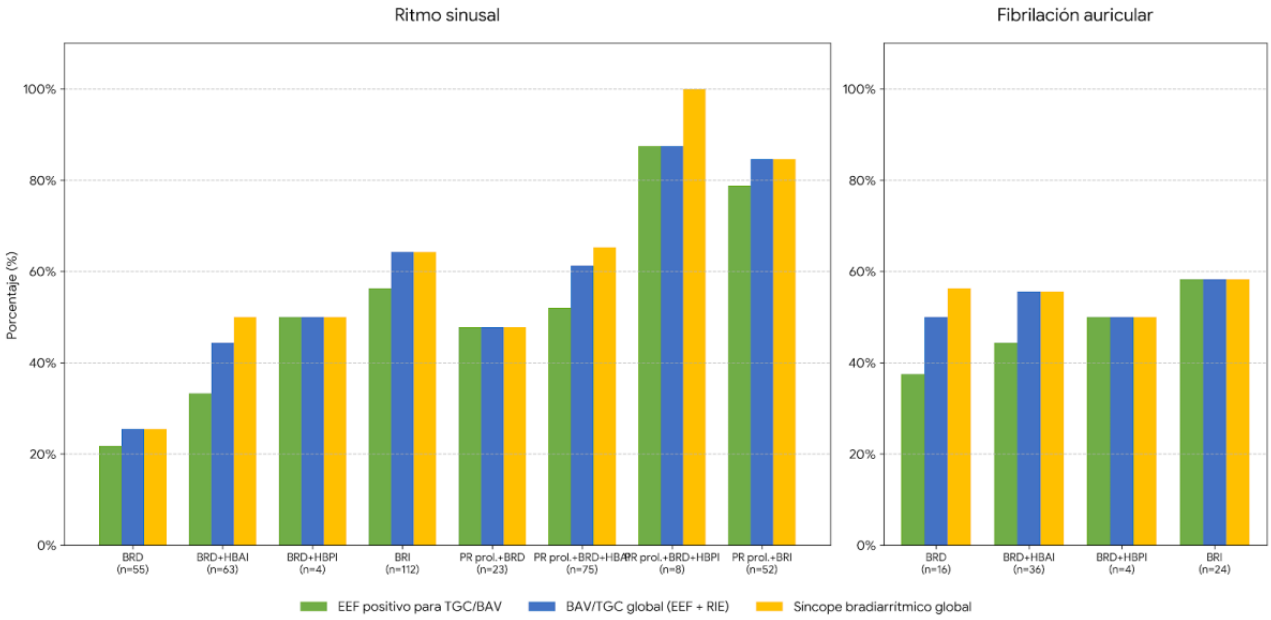
Arwa Mehmood Wahid(1), Núria Mallofré-Vila(2), Marco Tomasino(2), Alba Santos-Ortega(2), Raquel Adeliño-Recasens(2), Jordi Pérez-Rodón(2), Pablo Jordán-Marchite(2), Nuria Rivas-Gándara(2) y Jaume Francisco-Pascual(2) de (1)Servicio de Cardiología y (2)Unidad de Arritmias - Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona - España

Introducción: El síncope en pacientes con trastornos de la conducción (TC) es una entidad heterogénea con riesgo variable de bloqueo auriculoventricular (BAV) avanzado. Este riesgo no es uniforme y puede depender del fenotipo electrocardiográfico (ECG). Una mejor caracterización de los patrones asociados a un mayor rendimiento diagnóstico podría mejorar la estratificación del riesgo y optimizar el manejo clínico en función del tipo de TC subyacente. Por ello, este estudio busca evaluar el rendimiento diagnóstico del estudio electrofisiológico (EEF) y la utilidad incremental del registrador implantable de eventos (RIE) según el fenotipo del ECG basal, y determinar su relación con el desarrollo de BAV avanzado o trastorno grave de la conducción (TGC) en pacientes con síncope.

Métodos: Estudio observacional prospectivo que incluyó a una cohorte de pacientes consecutivos con síncope inexplicado y bloqueo de rama basal, evaluados entre enero de 2010 y diciembre de 2021. Los pacientes se estratificaron según el ritmo basal y se subclasificaron en función de la alteración específica de la conducción. La variable principal fue el diagnóstico de BAV avanzado o TGC, documentado directamente mediante EEF o durante el seguimiento clínico con monitorización por RIE.

Resultados: De 503 pacientes, 472 (edad media 77,9 años; 36,8% mujeres) completaron el EEF y un seguimiento medio de 4,8 años. El BRD aislado con PR normal mostró un riesgo bajo de BAV (25,5%). La afectación bifascicular aumentó este riesgo (44,4% en BRD+HBAI; 50% en BRD+HBPI; 64,3% en BRI). El intervalo PR prolongado identificó un perfil de alto riesgo, especialmente en presencia de bloqueo bifascicular o BRI (incidencia de BAV del 47,8% al 87,5%), observándose síncope bradiarrítmico en hasta el 100% de los casos con PR prolongado y BRD+HBPI. En los pacientes con fibrilación auricular, la incidencia de BAV fue frecuente (50%-58,3%), presentando un riesgo similar al del ritmo sinusal con PR normal y sistemáticamente inferior al de los pacientes con PR prolongado.

Conclusiones: En pacientes con síncope inexplicado y bloqueo de rama, el riesgo clínico depende estrechamente del fenotipo electrocardiográfico basal. La prolongación del intervalo PR y las anomalías bifasciculares identifican el perfil de pacientes con mayor riesgo de progresar a BAV avanzado o TGC y síncope bradiarrítmico, con independencia del ritmo basal subyacente.


Ritmo sinusal
Fibrilación auricular
Porcentaje (%)
100%
80%
60%
40%
20%
0%
BRD (n=55)
BRD+HBAI (n=63)
BRD+HBPI (n=4)
BRI (n=112)
PR prol.+BRD (n=23)
PR prol.+BRD+HBAI (n=75)
PR prol.+BRD+HBPI (n=8)
PR prol.+BRI (n=52)
BRD (n=16)
BRD+HBAI (n=36)
BRD+HBPI (n=4)
BRI (n=24)
EEF positivo para TGC/BAV
BAV/TGC global (EEF + RIE)
Síncope bradiarrítmico global