



<http://www.elsevier.es/semergen>

387/223 - EXTRUSIÓN DE MARCAPASOS

B. Simón Tárrega¹, J. Bustamante Odriozola², M. Tobalina Segura³, I. Rivera Panizo⁴, L. Rodríguez Vélez⁵, A. Alfaro Cristóbal⁶

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Santander. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana. Cantabria.⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria.⁶Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 71 años con los siguientes antecedentes personales: hipertensión arterial, DM-2, DLP, adenocarcinoma de color derecho e ilion terminal sincrónico sometido a hemicolectomía derecha con QT adyuvante en 2014. Portador de MCP-VDD en el año 2016 por BAVc sintomático, sin incidencias en las revisiones periódicas. Consulta por hiperemia en bolsa de marcapasos desde hace aproximadamente un mes que en las últimas 48-72 horas de acompaña de molestias a la palpación, exudación serosa y extrusión del cable. Se encuentra afebril en todo momento. No ha presentado episodios de dolor torácico o síncope, aunque refiere dificultad respiratoria para moderados esfuerzos.

Exploración y pruebas complementarias: General: consciente y orientado en las tres esferas, NHNCNP, eupneico en estado de reposo, afebril y hemodinámicamente estable. Cabeza y cuello: no aumento de PVC a 45°, carótidas rítmicas y sin soplos. Tórax: AC: rítmica, sin soplos ni extratonos. AP: MVC sin ruidos patológicos. En la zona paraesternal izquierda se aprecia tumefacción eritematosa en relación con MPS y ulceración de zona cutánea de hasta 1 cm² con supuración serosa y recubierta de fibrina, a través de la cual extruye cable de MPS. No datos de inflamación local salvo discreta molestia a la presión digital. Abdomen: globuloso, sin hallazgos patológicos. Extremidades: no edemas periféricos ni datos de TVP. No estigmas cutáneos de endocarditis (hemorragia subconjuntival, hemorragias en astilla, nódulos de Oschler). ECG: alternancia de ritmo propio a 50 lpm con ritmo de escape supraventricular correspondiente a latido estimulado.

Juicio clínico: Externalización de marcapasos.

Diagnóstico diferencial: A descartar infección del dispositivo y/o endocarditis infecciosa.

Comentario final: Se remite al paciente al servicio de Urgencias-HUMV para valoración. Las pruebas complementarias indican marcapasos normofuncionante (ECG y radiografía simple de tórax), así como la ausencia de datos analíticos que sugieran infección sistémica. Se extraen los estudios microbiológicos correspondientes (cultivo de herida quirúrgica y hemocultivos) y se inicia tratamiento empírico con piperacilina-tazobactam y daptomicina para cubrir la posibilidad de SARM. Se tramita ingreso en Cardiología críticos para explante del marcapasos y colocación de nuevo dispositivo. En cultivo de exudado se aísla SAMS y Enterobacter aerogenes resistente a amoxicilina, por lo que se decide mantener la misma cobertura antibiótica. Para descartar infección del dispositivo y/o endocarditis bacteriana se realiza ETT, que

demuestra una imagen vibrátil en cable endocavitario en probable relación con artefacto aunque no puede descartarse otra patología, por lo que se amplía el estudio con ETT, que confirma la existencia de una lesión verrugosa en cable del marcapasos. Se mantiene antibioterapia durante 4 semanas y finalmente se decide recambio del dispositivo ante la ausencia de datos de infección activa.

Bibliografía

Silvestre García J, et al. Infecciones en el sistema de marcapasos. Extracción de electrodos. Rev Esp Cardiol. 2012;7:145-56.

Gutiérrez Carretero E. Infecciones en dispositivos de estimulación cardíaca: diagnóstico y tratamiento en un centro de referencia. Rev Esp Cardiol. 2017;70:355-62.