



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2397 - Complicación de implantación de marcapasos

M. Vigil Velis^a, M.M. Antonio González^b, J. Ballesta^c, J.M. Serrano Navarro^d, I. Cuenca Sandoval^e, E. Ruíz García^f, S. Herreros Juárez^g, M. Solana Palazón^h, E.D. Barraza Aguirreⁱ y M.J. Rico Lledo^j

^aMédico de Medicina Intensivista. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. ^bMédico de Familia. Servicio Murciano de Salud. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina de Familia. Centro de Salud Cieza Oeste. Hospital Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. ^eMédico de Urgencia Hospitalaria. Hospital Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza Oeste y Hospital Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia. ^gMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza-Oeste. Murcia. ^hMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza-Oeste. Murcia. ⁱMédico Residente de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. ^j

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 80 años que acude a urgencias por disnea progresiva con disnea paroxística nocturna de 15 días de evolución. Se realiza ECG y se objetiva bloqueo AV tipo II conducción 2:1 y BIRIHH por lo que se comenta con Cardiología para implantación de marcapasos definitivo. Se decide implantación de marcapasos DDDR, canalizando vena subclavia, produciendo disección al paso del electrodo ventricular con dolor torácico derecho intenso sin deterioro hemodinámico. Se desiste de implante del electrodo auricular. En la Rx de control hay aumento de la silueta mediastínica, decidiendo ingreso en UCI para control. AP: Alergia a Penicilina. HTA. Diabetes mellitus II. Intervenciones quirúrgicas: faquectomía bilateral. Tratamiento crónico: enalapril, glibenclamida, simvastatina.

Exploración y pruebas complementarias: NHYA III. TA: 118/53-160/70. T: 36,4 °C. FC: 43-60. FR: 23-13. SAT: 100-100. Glucemia capilar: 126. AC: rítmico sin soplos. Ap: murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando y depresible. No doloroso. Ruidos hidroaéreos presentes. Extremidades: no edemas. No signos de trombosis venosa profunda. Pulsos periféricos presentes y simétricos. Exploración física neurológica: no focalidad aguda. Meníngeos negativos. ECG: bloqueo AV 2:1 a 50 QRS/min. Eje a -30°. Pobre progresión de R en precordiales derechas. No alteraciones significativas de la repolarización. Tras implantación de marcapasos: Ritmo sinusal con ritmo ventricular de marcapasos VVI. Laboratorio: bioquímica: glucosa 161, urea 61, creatinina 1,5, Na 142, K 4,4, proBNP 6.409 CPK 132, TnI 0,02. Hemograma: leucocitos 4.900 (64,8%N), Hb 9,6, Hto 30, VCM 93,8, plaquetas 295.000. Gasometría Venosa: pH 7,36, pCO2 40,1, HCO3 22,3. Rx tórax: discreta cardiomegalia. Redistribución vascular perihiliar. Pinzamiento costodiafragmático bilateral. TAC torácico: Mínima imagen lineal de aumento de densidad en la grasa mediastínica superior del lado derecho en relación con pequeña hemorragia tras la implantación del marcapasos, sin evidencia de sangrado activo. Mínimo derrame pleural derecho con atelectasias segmentarias en bases pulmonares. Hernia de hiato esofágico moderada grande. Ecocardiograma: AI dilatada 4,4 cm. VI con diámetros normales. FEVI del 55%, sin alteraciones de contractilidad segmentaria. IT grave que permite estimar PSAP en 42 mmHg, doble lesión aórtica con IAo ligera y estenosis moderada-grave con área valvular de 1 cm. No derrame pericárdico ni congestión venosa sistémica.

Juicio clínico: Disección de cava superior con hematoma mediastínico secundario. Bloqueo AV de segundo grado 2:1. Marcapasos definitivo VVIR.

Diagnóstico diferencial: Neumotórax, taponamiento cardiaco, hemotórax, hemopericardio secundarios. Bloqueo AV de 3^{er} grado.

Comentario final: Durante su estancia en UCI se ha mantenido estable hemodinámicamente. Persiste discreto dolor paraesternal. La hemoglobina muestra caída de casi 2 g/dl desde ingreso con tendencia a disminuir en las últimas horas. Se ingresa nuevamente en Cardiología para continuar control y tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Femenía FJ, Arce M, Peñafort F, Arrieta M, Gutiérrez D. Complicaciones del implante de marcapaso definitivo. ¿Un evento operador dependiente? Análisis de 743 pacientes consecutivos. Arch Cardiol Mex. 2010;80(2):95-9.
2. Kusumoto FM, Calkins H, Boehmer J, Buxton AE, Chung MK, Gold MR et al. HRS/ACC/AHA Expert Consensus Statement on the Use of Implantable Cardioverter-Defibrillator Therapy in Patients Who Are Not Included or Not Well Represented in Clinical Trials. Circulation. 2014;130:94-125.