

Imagen en cardiología

Marcapasos sin cables y síndrome posneumonectomía

Leadless pacemaker implantation in postpneumectomy syndrome

José Luis Martínez-Sande*, Laila González-Melchor y Javier García-Seara

Unidad de Arritmias y Electrofisiología Cardíaca, Servicio de Cardiología y Unidad Coronaria, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Instituto para el Desarrollo e Integración de la Salud (IDIS), Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Santiago de Compostela, A Coruña, España

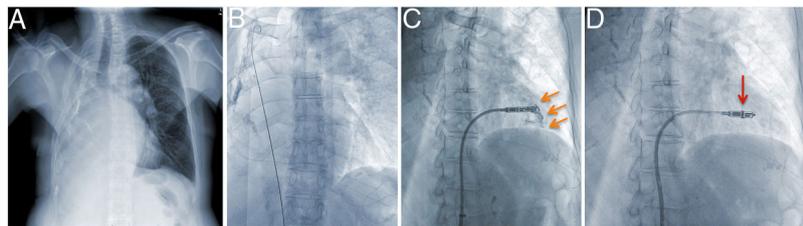


Figura 1.

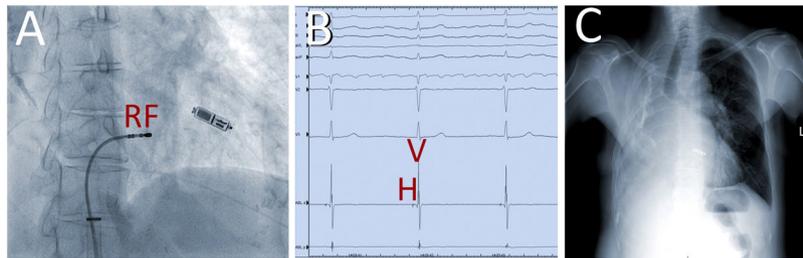


Figura 2.

El estado tras una neumonectomía altera significativamente la posición cardíaca, lo que dificulta el implante de un marcapasos convencional. Además, hay escasa evidencia de la viabilidad de los marcapasos sin cables en pacientes con este síndrome.

Se presenta el caso de una mujer de 64 años, con antecedentes de neumonectomía derecha debida a una poliquistosis y carcinoma ductal infiltrante con mastectomía bilateral, que había recibido quimioterapia y radioterapia 10 años antes (figura 1A). Tenía fibrilación auricular permanente y sintomática, con difícil control farmacológico de la respuesta ventricular y función ventricular conservada. Se la remitió para ablación del nódulo auriculoventricular (NAV) e implante de marcapasos. Dado el elevado riesgo de implantarle un dispositivo convencional, se optó por un marcapasos sin cables y ablación en el mismo procedimiento.

Se realizó inicialmente implante del marcapasos sin cables, con control de venografía femoral derecha, avanzando el dispositivo de liberación en proyección oblicua anterior izquierda hasta el ventrículo derecho, con control del grado de aposición al endocardio ventricular derecho con inyección de contraste en 2 proyecciones ortogonales (figura 1B,C, vídeo 1 del material adicional). Tras la primera liberación medioseptal, se consiguieron excelentes parámetros de estimulación y sentido (figura 1D, vídeo 2 del material adicional). Después de la retirada del sistema de liberación Micra y mediante telescopaje de un introductor de 14 Fr en el introductor largo, se realizó ablación del NAV compacto con radiofrecuencia (RF). Quedó con ritmo de escape nodular a 40 lpm, con intervalo His-ventrículo (HV) normal (figura 2A-C, vídeo 3 del material adicional).

La realización simultánea de ambos procedimientos parece una alternativa factible y segura en pacientes con anatomías complejas y evita potenciales complicaciones.

ANEXO. MATERIAL ADICIONAL

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.04.022>

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: luismartinezsande@gmail.com (J.L. Martínez-Sande).

On-line el 23 de mayo de 2020