

## Imagen en cardiología

## Marcapasos transitorio a través de bolsa pericárdica



## Temporary Pacemaker Insertion Into the Pericardial Sac

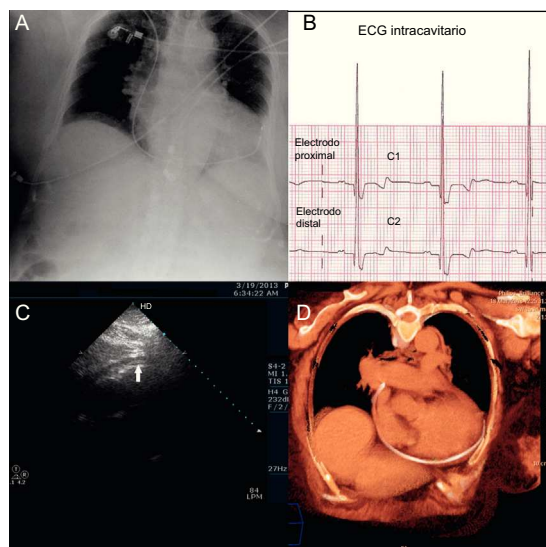
Flora María Villarrasa-Clemente<sup>a,\*</sup>, José Luis García-Garmendia<sup>a</sup> y Begoña Pérez-Cano<sup>b</sup><sup>a</sup>Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Bormujos, Sevilla, España<sup>b</sup>Servicio de Cardiología, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Bormujos, Sevilla, España

Figura.

Mujer de 77 años que ingresó por síncope mostrando buena situación clínica. El electrocardiograma (ECG) mostraba bloqueo auriculoventricular de segundo grado con buena respuesta ventricular. A las 12 h sufrió un nuevo síncope y el ECG revelaba bloqueo auriculoventricular con pausas > 3 s; se le colocó marcapasos transitorio (MT) tras canalizar vena subclavia derecha e introducirse cable que parecía estimular en ventrículo derecho. La radiografía mostró cable de MT siguiendo la curvatura cardíaca externa hasta el ápex (figura A). El ECG intracavitario registró complejos compatibles con estimulación de ventrículo derecho desde epicardio (figura B). El ECG intracavitario es un registro de actividad eléctrica del paciente que utiliza los electrodos del MT (V<sub>1</sub> proximal y V<sub>2</sub> distal), para lo que es necesario que se conserve ritmo propio y no haya dependencia constante de marcapasos. Una morfología QRS negativa indica ubicación endocárdica, una positiva-negativa, ubicación intramiocárdica y una positiva, estimulación desde epicardio. La ausencia de corriente de lesión indicaba en este caso ausencia de perforación miocárdica. La ecocardiografía mostró electrocatéter que transcurría por la bolsa pericárdica, con el extremo distal en el ápex (figura C). La tomografía computarizada reveló perforación de catéter tras el segmento proximal de la vena cava superior en receso retrocavo-pretraqueal, que se introducía en la bolsa pericárdica con trayecto inferior hasta el ápex, con discreto hemopericardio (figura D). El MT mantuvo estimulación cardíaca requiriendo incremento de umbral de estimulación. Durante el implante quirúrgico reglado de marcapasos definitivo, tras su colocación y antes de retirar el electrodo MT, se objetivó hipotensión grave; se sospechó taponamiento, que se descartó tras la esternotomía. Tras retirar el electrodo de MT, se dio punto profiláctico en cava. Se le dio el alta hospitalaria el noveno día tras la cirugía.

\* Autor para correspondencia:  
 Correo electrónico: [floramvillarrasa@yahoo.es](mailto:floramvillarrasa@yahoo.es) (F.M. Villarrasa-Clemente).  
 On-line el 24 de mayo de 2014

Full English text available from: [www.revespcardiol.org/en](http://www.revespcardiol.org/en)