Rev Esp Cardiol. 2011;64 Supl 3: 290

Revista Española de Cardiología

6012-20. TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA EN LACTANTE CON VENTRÍCULO DERECHO DE DOBLE SALIDA, DISINCRONÍA MECÁNICA Y QRS BORDERLINE

Marta Ortega Molina, David Doiny, Sergio Castrejón Castrejón, David Filgueiras-Rama, Alejandro Estrada, José L. Merino y Federico Gutiérrez-Larraya del Hospital Infantil La Paz, Madrid y Unidad de Arritmias y Electrofisiología Robotizada del Hospital La Paz, Madrid.

Resumen

Antecedentes: La terapia de resincronización cardiaca (TRC) ha demostrado ser beneficiosa en pacientes pediátricos y con cardiopatía congénita (CC). La duración del intervalo QRS es criterio de indicación de este tipo de terapia, si bien la presencia de disincronía mecánica con intervalo QRS estrecho es frecuente en este subgrupo de pacientes. Presentamos un lactante con insuficiencia cardiaca (IC) severa al que se indicó TRC por su situación crítica y presencia de disincronía mecánica.

Caso clínico: Lactante con diagnóstico de ventrículo derecho (VD) de doble salida, estenosis pulmonar severa y persistencia de vena cava superior izquierda a seno coronario. A los 3 meses presenta crisis hipóxica que motiva la reparación quirúrgica urgente de su cardiopatía. 10 días tras la cirugía, se implanta marcapaso epicárdico VVI por bloqueo AV completo posquirúrgico. Durante el seguimiento presenta deterioro progresivo, ingresos recurrentes por descompensación de IC y clase funcional mantenida en NYHA III-IV a pesar de tratamiento médico óptimo. A los 9 meses de vida se enlista para trasplante cardiaco. Los ecocardiogramas mostraban dilatación de VD con insuficiencia pulmonar severa, disfunción biventricular y parámetros de disincronía mecánica. El estudio hemodinámico; índice cardiaco de 2 L/min/m^2, presión elevada en VD con resistencias vasculares pulmonares normales. La ventriculografía izquierda; aquinesia apical e hipoquinesia medioseptal, angiografía coronaria normal. Durante estimulación en regiones septales previamente retrasadas, se evidencia mejoría del gasto cardiaco. En este momento se consideró la TRC como opción terapéutica puente a trasplante. Se implantó dispositivo epicárdico de resincronización (Medtronic Insync III), colocando electrodos en ápex de VI, aurícula derecha, y preservando el electrodo previo de VD. No hubo complicaciones durante el implante ni durante el seguimiento. 2 meses tras el implante, el paciente fue retirado de lista de trasplante por mejoría clínica, en la función y sincronía ecocardiográfica. La duración del intervalo QRS mostró cambios menores, pasando de 130 a 110 ms.

Conclusiones: La disincronía mecánica debe evaluarse en pacientes pediátricos con IC y CC, aun en ausencia de alargamiento del intervalo QRS. La TRC podría ser una opción terapéutica en estos pacientes restaurando la contracción sincrónica mediante el remodelado inverso.