

## Síndrome de *twiddler* y fallo de sensado auricular

Pablo Rivas, José Tuñón\*, José M. Rubio\*, Pedro Almeida\*, Víctor Artiz\*\* y Jerónimo Farré\*

Servicios de Medicina Interna, \*Cardiología y \*\*Cirugía Cardíaca. Fundación Jiménez Díaz. Clínica de la Concepción. Madrid.

Mujer de 83 años, hipertensa y obesa, que consultó por disnea. En urgencias presentaba un cuadro de insuficiencia cardíaca, y el electrocardiograma evidenció un bloqueo auriculoventricular completo. Se comenzó tratamiento médico y se implantó marcapasos VDD. Después del procedimiento sólo se hizo una radiografía de tórax en proyección anteroposterior (fig. 1). El electrocardiograma objetivaba funcionamiento adecuado del marcapasos.

Al día siguiente, se observó un defecto de sensado auricular en los electrocardiogramas, manteniéndose una adecuada estimulación ventricular. Se intentó reprogramar el marcapasos sin éxito. Se practicó una radiografía de tórax posteroanterior, que puso de manifiesto una rotación del generador (fig. 2). En la radiografía lateral se observaba un desplazamiento del cable que se introducía formando un bucle en la cava inferior, dejando allí el dipolo auricular (fig. 3). La punta del cable seguía fijada correctamente al ápex del ventrículo derecho. Esto explicaba el defecto de sensado selectivo auricular. La enferma fue reintervenida colocándose correctamente el marcapasos, siendo finalmente dada de alta.

El síndrome de *twiddler* se caracteriza por la disfunción de un marcapasos<sup>1</sup> o de un desfibrilador implantable tanto de localización abdominal<sup>2</sup> como subpectoral<sup>3</sup>, secundaria a la rotación de la batería en su bolsa subcutánea, con el consecuente desplazamiento de los electrodos. La mayoría de los casos descritos se dan en mujeres mayores y con cierto grado de obesidad que, presumiblemente, tienen un tejido subcutáneo más laxo<sup>4,5</sup>. El síndrome de *twiddler*, fácilmente identificable en una radiografía de tórax, debe ser considerado cuando se investiguen las causas de disfunción de un marcapasos o de un desfibrilador implantable.

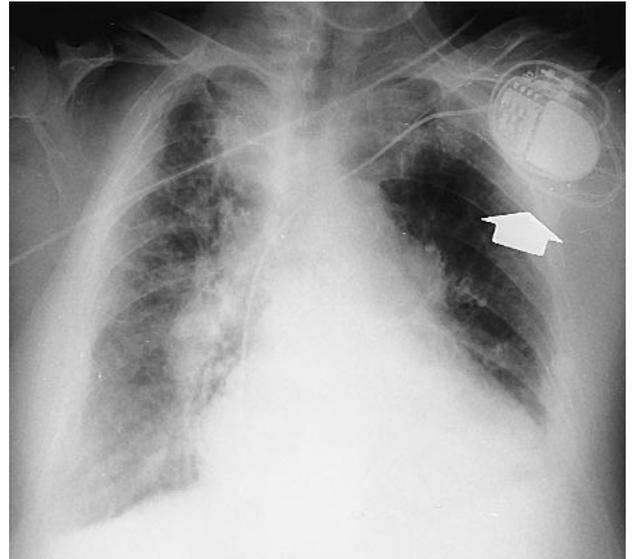


Fig. 1. Radiografía anteroposterior de tórax tomada inmediatamente después de la implantación del marcapasos. El cable rodea al generador (flecha), aunque el extremo distal no es visible.



Fig. 2. Radiografía posteroanterior de tórax donde se observa la rotación del generador (flecha) con el cable desenrollado.

Correspondencia: Dr. P. Rivas González.  
Joaquín María López, 44. Apto. 305. 28015 Madrid.  
Correo electrónico: pablorivasg@starmedia.com

Recibido el 12 de junio del 2000.  
Aceptado para su publicación el 19 de junio del 2000.

(Rev Esp Cardiol 2001; 54: 232-233)



**Fig. 3.** Radiografía lateral de tórax. Se observa cómo el cable forma un bucle (flecha) dejando el dipolo auricular en la vena cava inferior.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bayliss CE, Beanlands DS, Baird RJ. The pacemaker-twiddler's syndrome: a new complication of implantable transvenous pacemakers. *Can Med Assoc J* 1968; 99: 371-373.
2. Veltri EP, Mower MM, Reid PR. Twiddler's syndrome: a new twist. *PACE* 1984; 7: 1004-1009.
3. Crossley GH, Gayle DD, Bailey JR, Haisty WK, Simmons TW, Fitzgerald DM. Defibrillator twiddler's syndrome causing device failure in a subpectoral transvenous system. *PACE* 1996; 19: 376-377.
4. Roberts JS, Wenger NK. Pacemaker twiddler's syndrome. *Am J Cardiol* 1989; 63: 1013-1016.
5. Boyle NG, Anselme F, Monahan KM, Beswick P, Schuger CD, Zedebe J et al. Twiddler's syndrome variants in ICD patients. *PACE* 1998; 21: 2685-2687.