

Imagen en cardiología

Una forma inusual de estimulación endocárdica izquierda

An unusual approach for left ventricular endocardial pacing

Helder Santos^{a,b,*}, Bruno Valente^b y Mário Oliveira^b^a Departamento de Cardiología, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo EPE, Barreiro, Portugal^b Unidade de Arritmologia, Pacing e Eletrofisiologia, Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Recibido el 26 de enero de 2021. Aceptado el 16 de febrero de 2021

On-line el 21 de abril de 2021

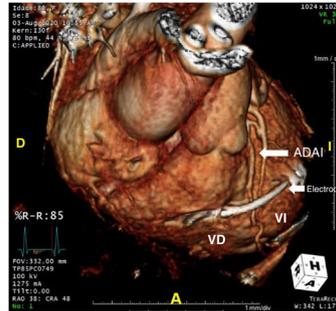


Figura 1.

Una mujer de 82 años fue remitida para extracción de electrodos (EE) por una infección de la bolsa del generador de un dispositivo de resincronización cardíaca (tras obtención del consentimiento informado). La EE se realizó sin complicaciones mediante la técnica PISA. Durante el implante del nuevo marcapasos de resincronización cardíaca y a pesar de identificar el ostium del seno coronario (SC), fue imposible introducir el catéter en el seno coronario (SC) a causa de una disección relacionada con la EE previa. Al intentar la canulación de la vena interventricular posterior con un único movimiento suave, el catéter guía utilizado en el SC avanzó repentinamente al ventrículo izquierdo (VI). La inyección de contraste confirmó la posición de la vaina en el VI. El ecocardiograma transtorácico y las proyecciones radiográficas mostraron una comunicación interventricular iatrogénica en el septo anterior, asintomática y sin repercusión hemodinámica. Teniendo en cuenta la disección del SC, la estabilidad de la paciente y el acceso a la cavidad del VI de una paciente en tratamiento con anticoagulantes (warfarina) por una fibrilación auricular, se decidió implantar un electrodo de fijación activa en el segmento lateral basal del VI. Más tarde la paciente sufrió un taponamiento cardíaco que requirió pericardiocentesis. La angiografía mediante tomografía computarizada cardíaca mostró que el electrodo se implantó a través una perforación anterior del ventrículo derecho (VD), con un trayecto epicárdico corto y cruzando por encima de la arteria coronaria descendente anterior izquierda (ADAI) (figura 1, las flechas blancas señalan estructuras cardíacas), y que el extremo distal del electrodo se localizaba en la pared lateral endocárdica del VI. Así pues, la retirada del electrodo del VI habría producido una complicación muy grave, por lo que no se retiró. La paciente recibió el alta con una ligera mejora de la fracción de eyección del VI. En nuestro conocimiento, este caso muestra por primera vez la estimulación endocárdica del VI con esta vía inesperada y sumamente inusual.

FINANCIACIÓN

Este artículo no recibió financiación de ningún tipo.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Todos los autores contribuyeron por igual en el procedimiento y el seguimiento clínico, así como en la redacción de la presente notificación de caso.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen el apoyo del personal del Departamento de Cardiología del Hospital Santa Marta, Lisboa, Portugal.

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: helder33689@gmail.com (H. Santos).