

Disfunción de un marcapasos permanente

MEHDI ZAHERI BERYANAKI, ALEJANDRO VÁZQUEZ VICENTE, ANTONIO VARELA LÓPEZ, PABLO DE ROJAS ROMÁN, RAMÓN VEGAS PINTO, JAVIER BLASCO MORILLA

Servicio Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital de Antequera. S.A.S. Málaga. España.

Mujer de 66 años portadora de un marcapasos permanente (MP) unicameral VVI desde hacía 27 años por bloqueo aurículo-ventricular completo (BAVc). Durante una clase de gimnasia presentó un episodio sincopal con caída, y se golpeó la región frontal del cráneo, con recuperación espontánea completa en unos minutos. A su llegada a urgencias sólo destacaba una frecuencia cardiaca de 39 lpm. En el ECG (Figura 1) presentaba BAVc con escape a 39 lpm con morfología de bloqueo completo de la rama derecha de haz de His y

ondas T negativas difusas y con espículas del MP dissociadas con los QRS. Cuando interrogamos el MP con el programador, comprobamos un aumento patológico de la impedancia del electrodo ventricular a 1.325 ohmios y un aumento del umbral de estimulación ventricular hasta 7,5 voltios a 0,7 ms. En la radiografía de tórax se observó la rotura del conductor del electrodo (Figura 1) a su paso entre la clavícula derecha y la primera costilla. Se indicó y realizó la colocación del nuevo electrodo ventricular sin incidencias.



Figura 1. Detalle de Rx Tórax que muestra la rotura del conductor del electrodo de MP (flecha). Tira de ECG (abajo) con bloqueo ventricular completo con escape a 39 lpm y disociación entre espículas del marcapasos (flechas descendentes) y los complejos QRS (flecha ascendente) sin captura efectiva.

CORRESPONDENCIA: Dr. M. Zaheri Beryanaki. UCI-SCCU. Hospital de Antequera. Avda. Poeta Muñoz Rojas, s/n. 29200 Antequera. Málaga, España. E-mail: mehdi.zaheri.sspa@juntadeandalucia.es

FECHA DE RECEPCIÓN: 10-4-2007. **FECHA DE ACEPTACIÓN:** 5-1-2009. **CONFLICTO DE INTERESES:** Ninguno.