

**Editorial:** Hospital Metropolitano

**ISSN (impreso)** 1390-2989 - **ISSN (electrónico)** 2737-6303

**Edición:** Vol. 29 (suppl 2) 2021 - noviembre

**DOI:** <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol29/supple2/2021/73-74>

**URL:** <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/365>

**Pág:** 73-74

## Manejo de la perforación tardía del miocardio secundaria al implante de un dispositivo electrónico intracardiaco

### INTRODUCCIÓN

La perforación tardía de miocardio (PTMI) secundaria a un dispositivo electrónico intracardiaco (DEI), es una complicación poco frecuente pero que puede ser mortal.

El presente trabajo tiene como objetivo mostrar el manejo protocolizado de nuestro centro de la PTMI secundario a un DEI.

### MÉTODO

Se reclutaron 5 pacientes con el diagnóstico de PTMI. La definición de PTMI fue determinada cuando el evento se produjo al menos 15 días posterior al implante, previa constatación por pruebas de imagen de migración del electrodo respecto a su ubicación inicial Imag casol-5. En la tabla 1 se muestra las características del dispositivo, pacientes y la clínica de presentación.

**Tabla 1.** Características del dispositivo, pacientes y la clínica de presentación.

1	72	DAI-TRC	Activo	Ápex VD	30	Taponamiento cardiaco
2	88	MP	Activo	Apex VD	56	Taponamiento cardiaco
3	77	DAI	Activo	Orejuela AD	47	Hemotórax derecho (disnea)
4	86	MP	Activo	Ápex VD	28	Fallas de captura de MP en EKG
5	74	MP	Activo	Ápex VD	395	Sincope

### RESULTADOS

No se registraron complicaciones intraoperatorios, en el caso 3 se colocó un tubo de tórax el caso 2 se realizó una pericardiosentesis percutánea y en el caso 1 una ventana pericárdica subxifoidea, los drenajes se retirarán a las 24 horas y fueron dados de alta a las 48 horas, en los otros dos casos el alta se efectuó a las 24 horas del procedimiento, no se registró eventos mortales.

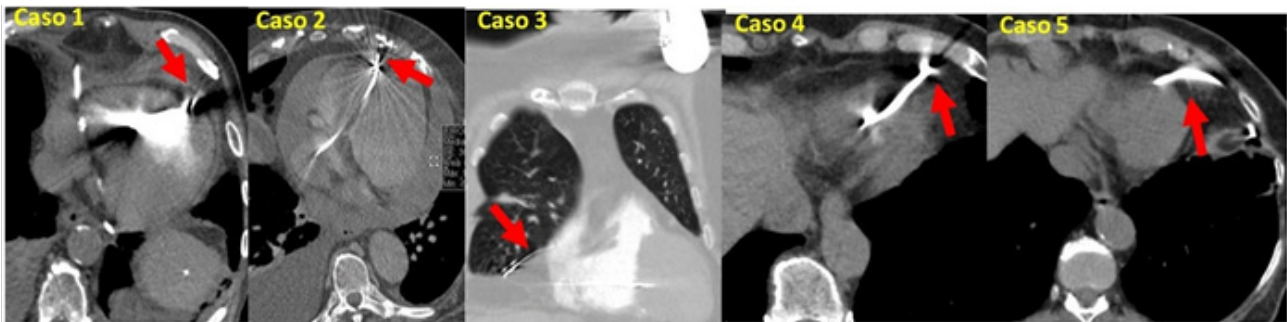
### Técnica quirúrgica. Se registro eventos mortales

- La intervención se realizó bajo anestesia general.
- El campo quirúrgico se preparó dejando libre el tórax anterior para una posible estereotomía.
- Se canalizó la arteria y la vena femoral, dejándose un introductor de 4 Fr y 6 Fr respectivamente para canulación de circulación extracorpórea en caso de complicación mayor.

- Bajo control radiológico y ETE mediante tracción simple se retiró el electrodo hasta la vena cava superior.
- Una vez descartado sangrado activo, se recolocó los electrodos en el tracto de salida del VD y en la orejuela de la AD según el caso.

## CONCLUSIONES

- La colocación de los electrodos en el septo inter-ventricular o en tracto de salida del VD así como los electrodos de fijación pasiva especialmente en la AD podrían minimizar el riesgo de PTMI.
- La extracción y recolocación de los electrodos se debe realizar bajo normas protocolizadas en un centro que se disponga de cirugía, ya que una complicación puede ser catastrófica.



**Imagen 1.** Porte de caso.

**Edmundo Fajardo-Rodríguez<sup>1</sup>**

Hospital Universitario Ramón y Cajal  
Madrid, España

 <https://orcid.org/0000-0001-5524-4254>

**Javier Miguelena-Hycka<sup>2</sup>**

Hospital Universitario Ramón y Cajal  
Madrid, España

 <https://orcid.org/0000-0002-2006-3733>

**José López-Menéndez<sup>3</sup>**

Hospital Universitario Ramón y Cajal  
Madrid, España

 <https://orcid.org/0000-0002-4627-2277>

**Mercedes Castro-Pinto<sup>4</sup>**

Hospital Universitario Ramón y Cajal  
Madrid, España

 <https://orcid.org/0000-0002-8427-955X>

**Rafael Muñoz Pérez<sup>5</sup>**

Hospital Universitario Ramón y Cajal  
Madrid, España

 <https://orcid.org/0000-0001-9320-9409>

**Jorge Rodríguez-Roda<sup>6</sup>**

Hospital Universitario Ramón y Cajal  
Madrid, España

 <https://orcid.org/0000-0002-9715-9960>