

Síndrome de vena cava superior y endocarditis infecciosa asociados con el implante de DAI bicameral

Superior Vena Cava Syndrome and Infectious Endocarditis Associated with Dual Chamber ICD Implantation

JAVIER URMENETA ULLOA, ISABEL MOLINA BORAÑO, MARUAN CHABBAR BOUDET

Las imágenes corresponden a un varón de 68 años, con antecedentes de infarto de miocardio posteroinferior, que en noviembre de 2012 presentó paro cardiorrespiratorio extrahospitalario por fibrilación ventricular, reanimado con éxito y sin secuelas. El ecocardiograma mostró hipoacinesia posteroinferior con FEVI conservada. La coronariografía descartó lesiones significativas. Tras completar el estudio se indicó la colocación de un desfibrilador automático implantable (DAI) bicameral.

A los seis meses del implante el paciente comenzó a presentar sintomatología progresiva con congestión facial-craneal, cefalea y enrojecimiento asociado con el decúbito. TAC y flebografía confirmaron la sospecha de síndrome de vena cava superior (SVCS) por estenosis. Inicialmente se decidió instaurar tratamiento anticoagulante y seguir evolución clínica. Durante ese intervalo el paciente comenzó con picos febriles autolimitados acompañados de diaforesis y escalofríos. El ecocardiograma mostró una imagen compatible con vegetación sobre el electrodo ventricular. Los hemocultivos fueron positivos para *Staphylococcus epidermidis*. La mala evolución clínica obligó al retiro completo del dispositivo. A pesar de ello continuó la sintomatología compatible con SVCS, por lo que se repitió la flebografía, que confirmó la persistencia de estenosis grave a dicho nivel (Figura 1). Se decidió programar el implante de *stent* en la VCS, que se realizó de forma percutánea sin complicaciones (Figura 2). Seguidamente se llevó a cabo el implante de un nuevo DAI en la región torácica contralateral (vía subclavia derecha), con inserción de un único cable a través del *stent* implantado. La evolución clínica fue muy favorable y al presente el paciente se encuentra totalmente asintomático.

La incidencia de SVCS en pacientes portadores de dispositivos electrónicos cardíacos es muy baja (0,03-0,4%). (1) Entre los factores de riesgo predisponentes caben destacar estados de hipercoagulabilidad, uso de terapia hormonal, la presencia de múltiples electrodos, infección del sistema y el uso de cables de poliuretano. (2) El tratamiento es controversial y muchos autores abogan por el uso de la anticoagulación como primer paso terapéutico. Si la evolución es desfavorable, se deben plantear otras líneas de tratamiento tales como la angioplastia con balón y el implante de *stent*. (2, 3)

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web/ Material suplementario).

REV ARGENT CARDIOL 2015;83:564. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v83.i6.6968>

Dirección para separatas: Dr. Javier Urmeneta Ulloa - Calle Félix Latassa, 28, 6to C - 50006, Zaragoza, España - e-mail: javierurmeneta@hotmail.com

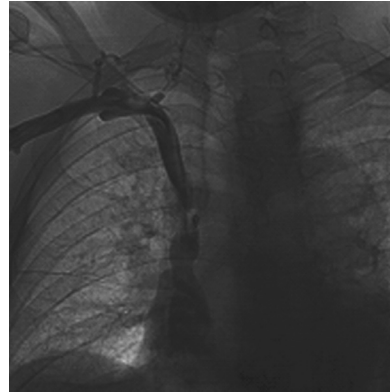


Fig. 1. Flebografía tras el retiro del dispositivo, que confirma la persistencia de estenosis en la vena cava superior.



Fig. 2. Implante de *stent* en la vena cava superior.

BIBLIOGRAFÍA

1. Singh M, Talab SK. A case of pacing lead induced clinical superior vena cava syndrome: a case report. *Cases J* 2009;2:7477. <http://doi.org/b635w8>
2. Klop B, Scheffer MG, McFadden E, Bracke F, van Gelder B, et al. Treatment of pacemaker-induced superior vena cava syndrome by balloon angioplasty and stenting treatment of pacemaker. *Neth Heart J* 2011;19:41-6. <http://doi.org/cnwqh4>
3. Park HW, Kim W, Cho JG, Kang JC. Multiple pacing lead-induced superior vena cava syndrome: successful treatment by balloon angioplasty. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2005;16:221-3. <http://doi.org/bcx4k9>