

CARDIOCENTRO "ERNESTO CHE GUEVARA"

SANTA CLARA, VILLA CLARA

IMÁGENES EN CARDIOLOGÍA

ASISTOLIA PROLONGADA EN PACIENTE CON MARCAPASOS PERMANENTE

Lic. Raimundo Carmona Puerta¹, Dr. Gustavo Padrón Peña² y Dr. José M. Ercia Arenal³

1. Especialista de I Grado en Fisiología Normal y Patológica. Servicio de Electrofisiología Cardíaca. Cardiocentro "Ernesto Che Guevara". Santa Clara, Villa Clara. Instructor. UCM-VC. e-mail: raimundo@cardiovc.sld.cu
2. Especialista de I Grado en Cardiología. Servicio de Electrofisiología Cardíaca. Cardiocentro "Ernesto Che Guevara". Santa Clara, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Cardiología. Hospital Universitario "Dr. Celestino Hernández Robau". Unidad de Cuidados Intensivos. Santa Clara, Villa Clara.

Paciente de 62 años de edad con marcapasos permanente implantado hace 23 años por el diagnóstico de bloqueo aurículo-ventricular completo, con cambios periódicos del generador por agotamiento y uso continuado de los mismos electrodos desde el primoimplante. Asistió a consulta de programación de marcapasos por haber presentado síncope recurrente de aparición súbita y recuperación rápida. Todos los parámetros del generador y los electrodos mostraron valores normales, y el *test* de captura en aurícula y ventrículo, resultó tener cifras menores de 1,0 V. Se indicó una prueba de Holter y se constató un fallo de captura ventricular intermitente con espiga, lo

que dio origen a una asistolia prolongada de unos 20 segundos interrumpida por un latido de escape idioventricular, y posterior a la reanudación del fallo de captura, se instaló nuevamente la estimulación ventricular. En la figura se observan (panel superior izquierdo y derecho) los modos DDD y VDD sin QRS electroestimulado, y en el panel inferior una imagen más panorámica. Se descartó disfunción del electrodo (a veces intermitente) por la presencia de espiga durante la falla. Por tanto, consideramos como causa más probable de este trastorno, las elevaciones transitorias del umbral ventricular a más del doble de los valores obtenidos en las consultas de segui-

miento, ya que posteriormente al diagnóstico se incrementó la amplitud de estimulación a 4,0 V y desapareció el síncope. Esto demuestra que no puede constituir una norma la

programación de la amplitud de estimulación al doble del umbral, pues en este caso, la amplitud ventricular estaba en 2,5 V cuando ocurría la pérdida de conocimiento.

