

30 IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO POR VÍA ENDOVASCULAR EN PACIENTE CON CIRUGÍA DE SENNING: PRIMER CASO REPORTADO EN URUGUAY

Lía Carlevaro, Alejandro Cuesta, Ariel Durán
Hospital de Clínicas, CCVU

Historia clínica: paciente de 25 años, sexo femenino, hipotiroidea. Antecedentes de pretérmino leve de 2.000 g, cianótica severa y diagnóstico neonatal de transposición de grandes arterias clásica (D-TGA). A las 24 h de vida se realiza una atrioseptostomía percutánea con técnica de Rashkind efectiva, logrando saturación de 85%. A los 7 meses se procede a cirugía de corrección fisiológica con técnica de “switch” atrial tipo Senning. Luego evoluciona favorablemente hasta la adultez. A los 18 años consulta en policlínica de cardiopatías congénitas del adulto por disnea de esfuerzo CFNYHA II. En el ECG tenía un ritmo sinusal e hipertrofia ventricular derecha. La ergometría evidenció incompetencia cronotrópica, con erogación metabólica correspondiente a 6 METS. El ecocardiograma transtorácico constató una dilatación leve del ventrículo sistémico con disfunción del mismo. La resonancia cardíaca informó una FEVD de 41% y volúmenes indexados normales. En su última consulta la paciente refirió aumento de la disnea de esfuerzo. Al examen físico se auscultó un soplo sistólico 1/6 de IT sin falla cardíaca. El ECG evidenciaba BAV de 2° tipo 2:1. Estudiado el caso, acceso y bibliografía se resolvió ir al implante de marcapasos (MP) modo DDD por vía endovascular.

Pruebas complementarias: en la figura 1 se muestra la cardiiorresonancia utilizada para valorar el acceso desde la arteria subclavia a VCI-AI-VI. En la figura 2 (angiografía previa al implante), se observa el trayecto del retorno venoso sistémico y su redireccionamiento a la aurícula izquierda. Vista de electrodos del MP en cavidades izquierdas (cables de fijación activa en orejuela izquierda y VI). En la figura 3: ECG con MP, estimulando el ventrículo izquierdo, con QRS de morfología de bloqueo de rama derecha.

Diagnóstico: D-TGA, corrección fisiológica con técnica de Senning, BAV 2:1, colocación de MP DDD por acceso endovascular.

Discusión: las D-TGA son el 5%-7% de todas las cardiopatías congénitas. Predomina en hombres y es la primera cianótica en expresarse en período neonatal. Asocia otros defectos como foramen oval, comunicación interauricular, ventricular y ductus permeable. La fisiopatología implica dos circulaciones en paralelo. Requieren algún *shunt* para poder sobrevivir, por lo que en neonatos se realiza la atrioseptostomía, mejorando la mezcla de sangre. En ausencia de tratamiento su mortalidad es de 90% al año. El tratamiento correctivo es siempre quirúrgico. Actualmente es de elección el “switch” arterial (Jatene), pero antes se hacía

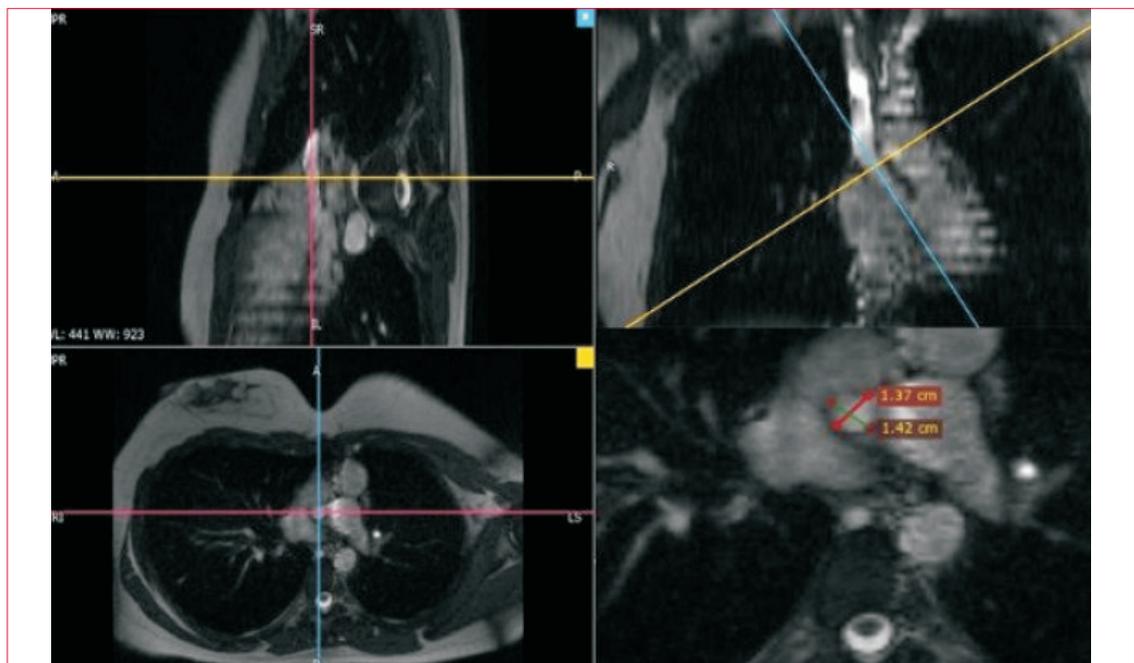


Figura 1

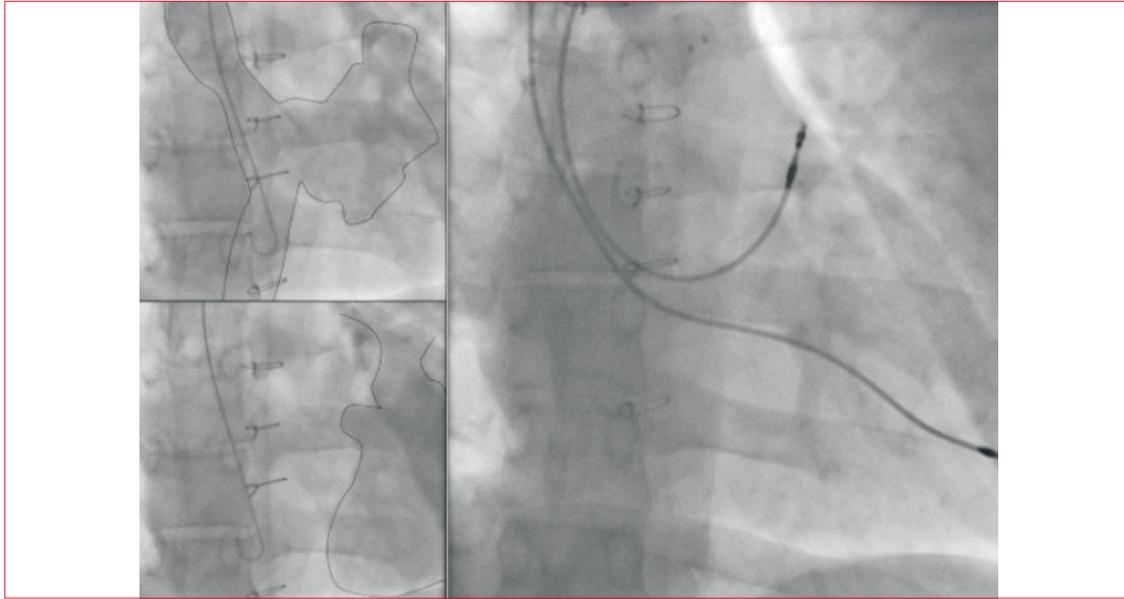


Figura 2

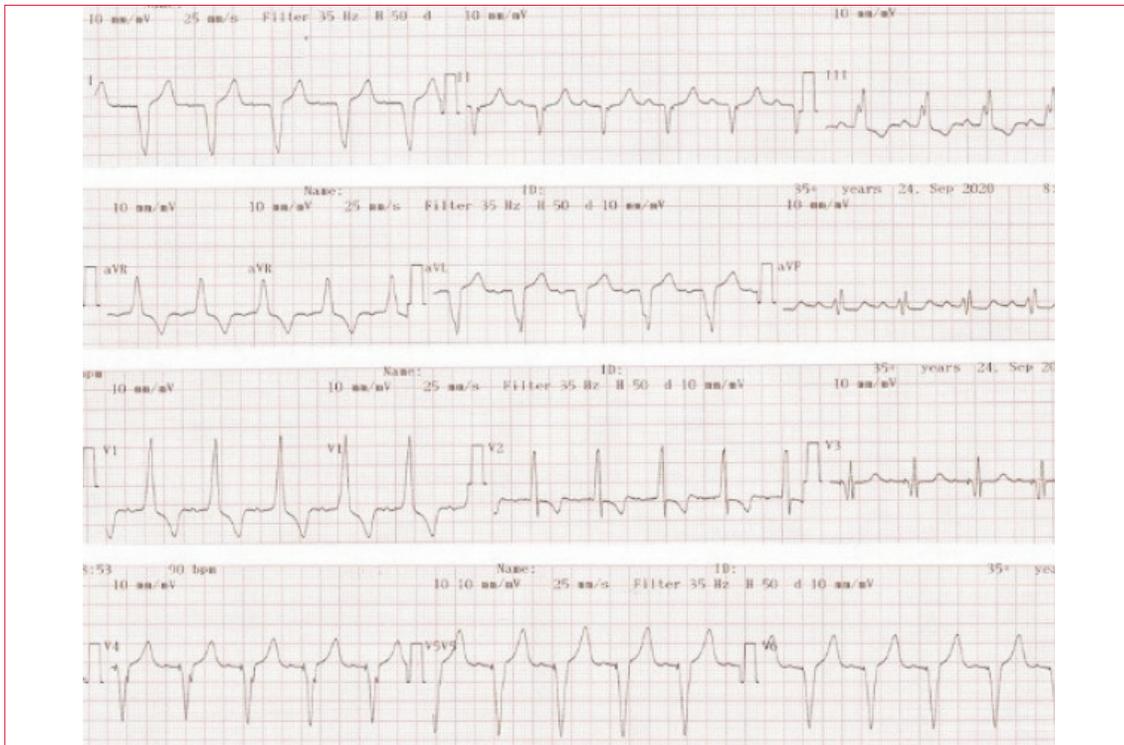


Figura 3

el auricular. En la técnica de Senning se utilizaba el tejido del propio septum interauricular para confeccionar un túnel que direccionaba el flujo venoso sistémico hacia la aurícula izquierda y el pulmonar a la aurícula derecha. Las principales complicaciones a largo plazo de ésta técnica son la dilatación y disfunción del VD, que queda en posición sistémica, la insuficiencia tricuspídea y las arritmias. Es excepcional el bloqueo AV alejado. Cuando ocurre y por las dificultades de acceso, se implantan MP epicárdicos. En centros con buen apoyo de técnicas de imagen y personal entrenado en cardiopatías congénitas se está yendo al implante endovascular, con buenos resultados. Se debe hacer seguimiento del flujo de entrada a la aurícula izquierda y ver que no quede o se genere obstrucción.