

a cabo asistencia ventricular o embolectomía quirúrgica cuando esté indicada. De esta manera, generando redes interhospitalarias, de rápida identificación y respuesta, podría verse disminuida la alta morbimortalidad que presenta este subgrupo de alto riesgo. Por otro lado, cabe la reflexión de un cambio de paradigma en el manejo de estos pacientes, ya que las técnicas quirúrgicas en centros donde éstas están desarrolladas podrían implementarse como terapia inicial, en lugar de terapia de rescate como ocurre actualmente, consiguiendo así un impacto favorable en la evolución de estos pacientes. Podría tratarse de directivas futuras a nivel mundial, que en nuestro medio impresionan no ser aún reproducibles; sin embargo, con la potencial existencia de centros de referencia que centralicen las derivaciones de centros circundantes de pacientes con requerimiento de terapia quirúrgica de rescate, podría en un futuro implementarse como terapia inicial de acuerdo con la experiencia.

#### Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses

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

#### Consideraciones éticas

No aplica

Julieta Micaela Altimare<sup>1</sup>, Jose Chas<sup>2</sup>,  
Rocío Blanco<sup>1</sup>, Mauro Gingins<sup>3</sup>,  
Horacio Avaca<sup>3</sup>, Anibal Arias<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Cardiología del Hospital Italiano de Buenos Aires

<sup>2</sup> Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Italiano de Buenos Aires

<sup>3</sup> Servicio de Cardiología del Hospital Británico

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Ubaldini J, Bilbao J, Spennato Mario C, Bonorino J, Flores LA, Kenar M, et al. Consenso de Enfermedad Tromboembólica Aguda. *JE Ubaldini, et al. Rev Argent Cardiol* 2016;84:74-91. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v84.i1.7739>.
2. Goldberg JB, Giri J, Kobayashi T, Ruel M, Mittnacht AJC, Rivera-Lebron B, et al. Surgical Management and Mechanical Circulatory Support in High-Risk Pulmonary Embolisms: Historical Context, Current Status, and Future Directions: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2023;147:e628-47. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001117>
3. Goldberg JB, Spevack DM, Ahsan S, Rochlani Y, Dutta T, Ohira S. Survival and Right Ventricular Function After Surgical Management of Acute Pulmonary Embolism. *J Am Coll Cardiol* 2020;76:903-11. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.06.065>
4. Laher AE, Richards G. Cardiac arrest due to pulmonary embolism. *Indian Heart J* 2018;70:731-5. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2018.01.014>
5. Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C, Bueno H, Geersing GJ, Harjola VP, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). *Eur Heart J* 2020;41:543-603. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz405>

#### Disfagia: presentación inusual de una complicación poco frecuente derivada del implante de un marcapasos

Presentamos el caso de un paciente de 63 años que ingresó al servicio de urgencias por disfagia. Refería distensión del lado izquierdo del cuello, que posteriormente afectó su capacidad para comer adecuadamente. Estos síntomas aparecieron después del implante de un marcapasos, realizado dos semanas antes, por un bloqueo auriculoventricular de segundo grado. No se observaron síntomas de insuficiencia cardíaca, síncope, presíncope, palpitaciones, mareos, síntomas constitucionales ni fiebre. En la exploración física se observó asimetría cervical, con distensión del lado izquierdo, acompañada de calor local y discreta asimetría entre los brazos derecho e izquierdo. El resto de la exploración física fue anodina. El paciente tenía antecedentes de esquizofrenia, depresión y dislipidemia. Después de un procedimiento invasivo, los autores sospecharon de una infección relacionada con el procedimiento, como punto de origen.

Se realizó una tomografía computarizada (TC) en la que se observó trombosis de la vena yugular interna izquierda, con oclusión de las venas braquiocefálica y subclavia izquierdas (Fig. 1). No se apreciaron colecciones ni abscesos. Se realizó una ecocardiografía transtorácica (ETT) en el servicio de urgencias, la que suscitó sospechas de trombo/endocarditis. En la ecocardiografía transesofágica (ETE) posterior se comprobó la presencia de un trombo adherido a los cables conductores del marcapasos. En las imágenes se observó una vegetación dudosa. Se tomaron muestras de sangre para hemocultivo, y se determinaron las concentraciones de proteína C-reactiva (PCR) y procalcitonina (PCT). Se programó una nueva TC para determinar la existencia de embolia pulmonar.

De inmediato, se inició la anticoagulación con heparina de bajo peso molecular (HBPM). Los resultados

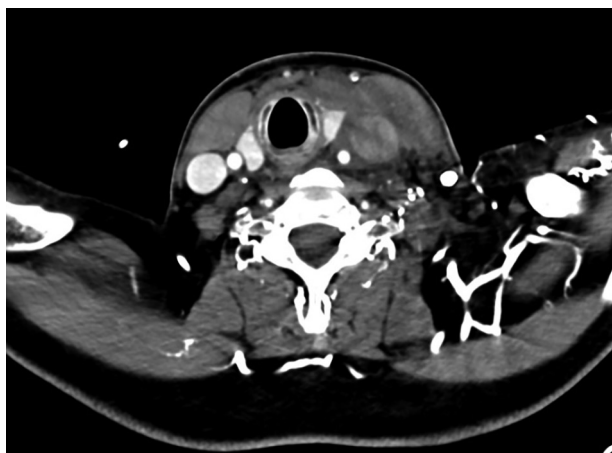


Fig. 1. TC: plano axial. Desplazamiento de la carina por trombosis de la vena yugular y edema ipsilateral.

del hemocultivo y la PCT se encontraron dentro de los parámetros normales. No hubo indicios de embolia pulmonar, según la nueva TC.

Después del tratamiento con HBPM durante una semana, se produjo la resolución completa del trombo (Fig. 2). El paciente también fue atendido en una clínica de inmunohemoterapia, y se descartó trombofilia. A los 12 meses de seguimiento, el paciente sigue asintomático y se encuentra bien.

Las complicaciones notificadas de los marcapasos permanentes se relacionan principalmente con riesgos de infección y trombosis, y eventos embólicos. Las otras complicaciones menos frecuentes mencionadas anteriormente quedan fuera del alcance de este artículo. (1) Se han informado eventos trombóticos graves relacionados con el implante del marcapasos en el 0,6% al 3,5% de los casos. Estos eventos graves incluyen insuficiencia cardíaca y tromboembolia pulmonar. (2) Sin embargo, los trombos clínicamente asintomáticos parecen ser mucho más frecuentes, y su incidencia es del 35% al 45% en las mismas cohortes. (3) Los casos sintomáticos pueden presentarse en un contexto agudo, subagudo o tardío, en función del tiempo transcurrido desde del implante del marcapasos, el cual puede variar de días a años. (2,4) En los casos agudos parece haber un estado de hipercoagulabilidad y traumatismo endotelial que favorece la trombosis. (5) No hay consenso sobre la estrategia terapéutica y el seguimiento de los pacientes con trombosis sintomática inducida por los cables conductores del marcapasos. En algunos casos, se analiza el uso del tratamiento médico oral frente al intravenoso, así como las opciones de trombectomía mecánica y trombólisis, sobre todo en los casos agudos. (2)

Exponemos un caso de presentación atípica de trombosis con disfgia como síntoma más importante. La

evaluación ecocardiográfica y el tratamiento oportuno pueden ser esenciales para prevenir, evitar y mejorar los desenlaces clínicos en estos pacientes, sin necesidad de recurrir a una intervención. Nuestro objetivo es concientizar al lector sobre el hecho de que la trombosis aguda derivada del implante del marcapasos es una entidad que requiere el reconocimiento de la comunidad médica para lograr un diagnóstico precoz y evitar desenlaces clínicos desfavorables. Las presentaciones atípicas no deben desestimarse, y el tiempo transcurrido desde la intervención debe hacernos sospechar de una posible vinculación. Además, se debe considerar que no todo lo que está unido a los cables del marcapasos o relacionado con una intervención reciente es una vegetación.

#### Declaración de conflicto de intereses.

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses. (Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web/Material suplementario).

**Francisco Dias Cláudio<sup>1,2</sup>, Rita Rocha<sup>1,2</sup>,  
David Neves<sup>1,2</sup>, Pedro Semedo<sup>1,2</sup>, Manuel Trinca<sup>1</sup>  
Lino Patrício<sup>1,2</sup>**

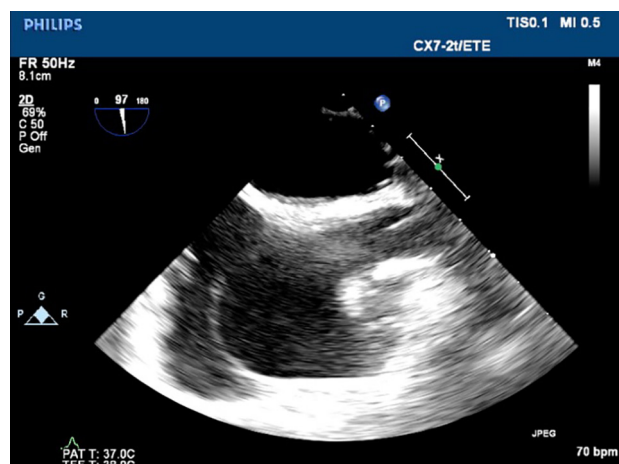
<sup>1</sup> Departamento de Cardiología,  
Hospital Espírito Santo - Évora, Évora, Portugal  
<sup>2</sup> C-TRAIL - Alentejo Academic Clinic Center,  
Évora, Portugal

*Autor para correspondencia:* Francisco Dias Cláudio - Departamento de Cardiología - Hospital Espírito Santo - Évora - Largo do Sr. da Pobreza - 7000-811 Évora, Portugal - Correo electrónico: Francisco.dias.claudio@gmail.com

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Pibbs B, Marriott HJL. Complications of permanent transvenous pacing. *N Engl J Med* 1985;312:1428-32. <https://doi.org/10.1056/NEJM198505303122205>
2. Zimetbaum P, Carroll BJ, Locke AH, Secemsky E, Schermerhorn M. Lead-Related Venous Obstruction in Patients With Implanted Cardiac Devices: JACC Review Topic of the Week. *J Am Coll Cardiol* 2022;79:299-308. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.11.017>
3. Barakat K, Robinson NM, Spurrell RAJ. Transvenous pacing lead-induced thrombosis: a series of cases with a review of the literature. *Cardiology* 2000;93:142-8. <https://doi.org/10.1159/000007018>
4. Van Rooden CJ, Molhoek SG, Rosendaal FR, Schaliq MJ, Meinders AE, Huisman MV. Incidence and Risk Factors of Early Venous Thrombosis Associated with Permanent Pacemaker Leads. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2004;15:1258-62. <https://doi.org/10.1046/j.1540-8167.2004.04081.x>
5. Spittell PC, Hayes DL. Venous Complications After Insertion of a Transvenous Pacemaker. *Mayo Clin Proc* 1992;67:258-65. [https://doi.org/10.1016/S0025-6196\(12\)60103-7](https://doi.org/10.1016/S0025-6196(12)60103-7)

REV ARGENT CARDIOL 2023;91:307-308.  
<http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v91.i4.20655>



**Fig. 2.** ETE: plano bicavo. Imagen de los cables del marcapasos después de la anticoagulación; no hay evidencia de trombo.



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>