



## 242/765 - DOCTORA, ESTE MARCAPASOS NO ME DEJA RESPIRAR

V. Vázquez Rey<sup>a</sup>, Á. Ramos Fernández<sup>b</sup>, L. Garrido Acosta<sup>c</sup>, N. Díaz Ferreiros<sup>d</sup>, D. García Palma<sup>c</sup> y L. Bravo Merino<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Valle del Nalón. Gijón. Asturias. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villaviciosa de Odón. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Riaño. Langreo. Asturias. <sup>d</sup>Médico de Familia. Área Sanitaria VIII. Asturias. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud del Área Sanitaria de Gijón. Asturias.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 81 años. NAMC. No FRCV. No hábitos tóxicos. Ingreso en cardiología por síncope con BAV 2º grado. Durante el ingreso TVNS de 15 latidos, por lo que se implanta marcapasos definitivo DDD MRI. El mismo día del alta, acude a su centro de salud por sensación de disnea que fue incrementándose hasta hacerse de pequeños esfuerzos. Tos seca. Afebril. En el centro se objetiva disminución del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo, por lo que se decide derivación hospitalaria.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente, orientado. Taquipneico. Temperatura: 36,2 °C. TA 89/60. SatO2 94% ACP: Ruidos rítmicos, sin soplos. Disminución mv hemitórax izquierdo. Abdomen y extremidades sin hallazgos. En el hospital: Bioquímica, hemograma y coagulación normales. Gasometría arterial: pH 7,48, pCO2 28,3, pO2 60,3, HCO3 21, SO2 90,7%. ECG: Ritmo sinusal a 94 lpm. BAV 2º grado Mobitz II, marcapasos funcionando en modo DDD. Rx tórax: hidroneumotórax izquierdo. TC tórax: Confirma la existencia de hidroneumotórax izquierdo sin evidencia de hemotórax. El importante neumotórax con derrame pleural izquierdo condiciona discreto desplazamiento mediastínico contralateral. Atelectasia pasiva de LII.

**Juicio clínico:** Hidroneumotórax izquierdo iatrogénico (secundario a colocación de marcapasos).

**Diagnóstico diferencial:** Traumatismo torácico. Infección pulmonar. EPOC.

**Comentario final:** El paciente requirió la colocación de un tubo de tórax e ingreso en el servicio de neumología. Mejoría clínica y radiológica (Rx tórax al alta: resolución), por lo que se decidió alta a domicilio en 6 días. Distintas sociedades científicas han propuesto la necesidad de contar con una serie de conocimientos clínicos y técnicas quirúrgicas indispensables para llevar a cabo implantes de prótesis cardiacas. Evaluación adecuada y completa del paciente, siendo necesario disponer de elementos técnicos y personal humano adecuado. Destacar especialmente el cuidado de las medidas de asepsia y de la técnica quirúrgica, lo que contribuirá a una disminución en la incidencia de complicaciones relacionadas con el implante de MP.

### Bibliografía

1. Femenía FJ, et al. Complications of permanent pacemaker. Event operator dependent. Analysis of 743 consecutive patients. Hospital Español de Mendoza, Argentina.
2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica de protocolos de actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.

**Palabras clave:** Hidroneumotórax. Disnea. Iatrogenia.