



Imagen en Cardiología

Radiología postimplante de desfibrilador enteramente subcutáneo

Postimplant radiology of totally subcutaneous defibrillator



Miguel A. Arias*, Marta Pachón y Alberto Puchol

Unidad de Arritmias y Electrofisiología Cardíaca, Servicio de Cardiología, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España

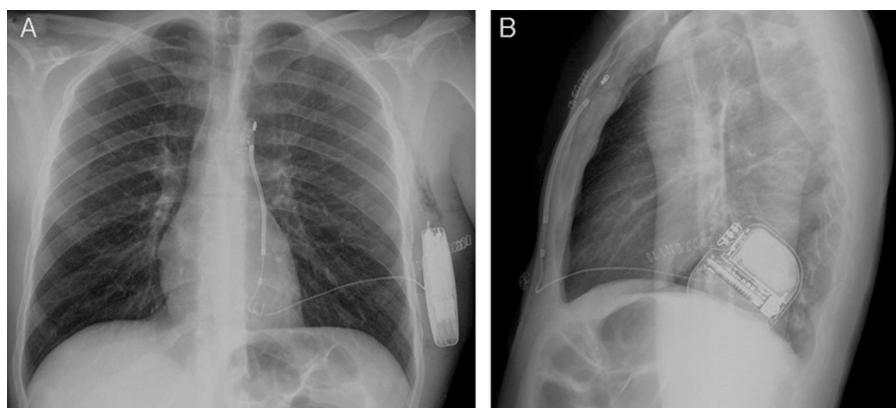


Figura 1

En un varón de 21 años con síndrome de Brugada se implantó un sistema de desfibrilación enteramente subcutáneo (S-ICD SQ-RX 1010, Boston Scientific) para evitar los problemas peri-implante y a largo plazo relacionados con los cables endocárdicos. El sistema consta de un generador de tamaño algo superior a los desfibriladores endocavitarios convencionales, que se posiciona de forma subcutánea en la región lateral de la pared torácica izquierda, y un cable de desfibrilación con 2 electrodos, el distal en la punta del cable y el proximal separado 14 cm del previo que, conectado al generador, se tuneliza posicionándose en la región paraesternal izquierda. El implante se realiza guiado por marcas anatómicas sin necesidad de fluoroscopia. Este sistema, que solo permite administrar descargas de alta energía mediante choques bifásicos de 80 J entre la bobina y la carcasa, carece de la posibilidad de estimular de forma permanente, por lo que no está indicado en pacientes que requieran estimulación o en aquellos en los que la programación de estimulación antitaquicardia pueda resultar beneficiosa. La normoposición global de este sistema de desfibrilación viene determinada por un correcto implante en las regiones anatómicas preestablecidas, acompañado de un sensado y desfibrilación adecuados en la prueba de inducción de fibrilación ventricular, que es necesario hacer antes de finalizar el implante, y que fue adecuado en nuestro paciente. El sensado de la señal electrocardiográfica registrada con el vector primario (entre electrodo proximal y carcasa) fue perfecto, sin sobresensado de onda T ni doble contaje de onda R, y la desfibrilación de la fibrilación ventricular inducida fue eficaz con un choque de 65 J, permitiendo 15 J de margen de seguridad. Se programó una zona de descarga condicional (200-220 latidos, con discriminadores) y una de descarga (220 latidos), con hasta 5 choques de 80 J. La radiología de control (panel A: proyección posteroanterior; panel B: proyección lateral) evidenció la normoposición anatómica del sistema y ausencia de complicaciones torácicas (fig. 1).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maapalomares@secardiologia.es (M.A. Arias).

1889-898X/\$ – see front matter © 2014 SAC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.carcor.2014.02.005>