

## Marcapasos permanente en comunicación interauricular tipo ostium secundum cerrada con dispositivo Amplatzer

### Permanent pacemaker in ostium secundum inter-atrial communication closed with an Amplatzer device

Sr. Editor:

El cierre percutáneo de comunicación interauricular tipo ostium secundum (CIA-OS) con Amplatzer es una práctica frecuente, generalmente exenta de riesgos. No obstante, siempre hay que tener en cuenta la posibilidad de complicaciones mayores.

Presentamos el caso de un paciente de 11 años diagnosticado a los 2 años de edad de CIA-OS de  $18 \times 20$  mm, con repercusión clínica y hemodinámica, y bloqueo auriculoventricular (BAV) de primer grado, con un PR de 200 ms. A los 4 años, se indica cierre percutáneo, y se coloca un dispositivo Amplatzer de 30 mm, tras lo cual presenta, de forma inmediata, un BAV avanzado asintomático (fig. 1).

Posteriormente sigue revisiones en consulta de cardiología pediátrica sin incidencias. En el último electrocardiograma (ECG) Holter de control, 5 meses antes del comienzo de la clínica, la frecuencia ventricular media era de 69 lat/min, con frecuencia cardíaca (FC) mínima de 41 lat/min y FC máxima de 126 lat/min. El intervalo RR de mayor duración fue de 1,54s. En la ecocardiografía se observaba el dispositivo normoposicionado, con discreta dilatación del ventrículo izquierdo, normofuncionante, sin otros hallazgos de interés.

A los 11 años de edad (7 años después de la colocación del dispositivo), comienza de forma brusca con clínica de vómitos, mareos y malestar general, y se objetivan bradicardias severas de hasta 30 lat/min, por lo que precisa traslado urgente a un centro terciario, para colocación de marcapasos.

Se realiza estudio electrofisiológico, con el diagnóstico de bloqueo auriculoventricular suprahisiano de segundo grado sintomático. Posteriormente, se implanta marcapasos intravenoso bicameral en modo DDDR. Desde entonces el niño permanece sin clínica.

Los casos de complicaciones tras cierre percutáneo de CIA-OS con dispositivo Amplatzer son poco frecuentes y, generalmente, se trata de complicaciones menores y/o transitorias<sup>1,2,4</sup> (pequeñas comunicaciones residuales, arritmias transitorias, hematomas en el acceso vascular...).

En la literatura encontramos algunos casos aislados de complicaciones mayores, como trombosis de vena cava inferior tras el cateterismo<sup>2</sup> o perforación de aurícula derecha y aorta ascendente<sup>5</sup>.

Lin et al<sup>3</sup> presentan el caso de un niño de 9 años quien, tras cierre percutáneo de CIA con Amplatzer, presenta un BAV completo. Hay que destacar que en este paciente se trata de un BAV transitorio y de curso benigno, que con tratamiento con prednisona se resuelve, progresivamente, hasta un BAV de primer grado a los 35 días del procedimiento.

En nuestro paciente, la evolución del bloqueo fue tórpida, que fue sintomático con riesgo vital y precisó implante de marcapasos permanente.

Otra cuestión a replantear con este caso es la relación riesgo/beneficio del cierre percutáneo en niños con CIA grandes, ya que necesitan dispositivos de gran tamaño. El conflicto de espacio que se genera aumenta el riesgo de daño de las estructuras adyacentes, como el nódulo AV.

Por otro lado, cabe señalar que, antes de la colocación del dispositivo, nuestro niño ya presentaba un BAV de primer grado, por lo que no podemos saber si la evolución en la progresión del bloqueo habría sido o no la misma si el cierre de la CIA se hubiera realizado mediante cirugía cardíaca.

## Bibliografía

- Cardoso CO, Rossi Filho RI, Machado PR, Francois LM, Horowitz ES, Sarmento- Leite R. Effectiveness of the Amplatzer device for

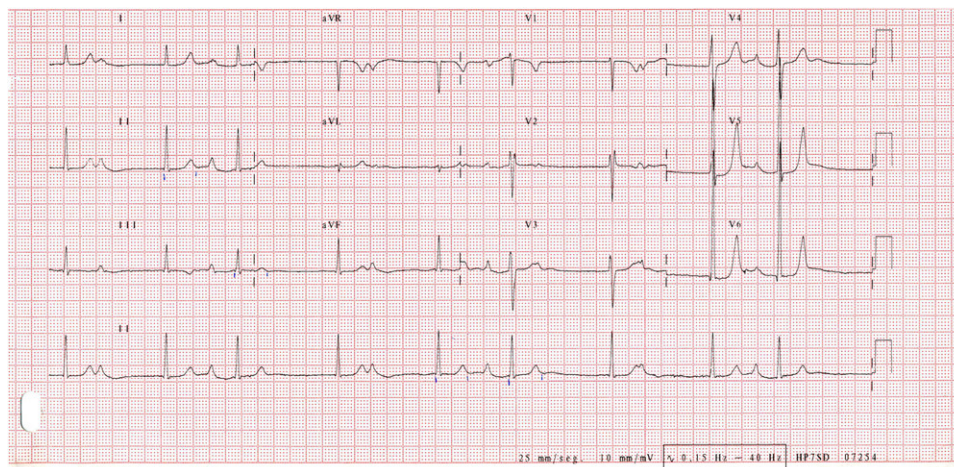


Figura 1 Electrocardiograma que muestra el bloqueo auriculoventricular avanzado.

- transcatheter closure of an ostium secundum atrial septal defect. *Arq Bras Cardiol.* 2007;88:384-9.
2. Diab KA, Cao QL, Bacha EA, Hijazi ZM. Device closure of atrial septal defects with the Amplatzer septal occluder: safety and outcome in infants. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2007;134:960-6.
  3. Lin SM, Hwang HK, Chen MR. Amplatzer septal occluder-induced transient complete atrioventricular block. *J Formos Med Assoc.* 2007;106:1052-6.
  4. Rossi RI, Cardoso CD, Machado PR, Francois LG, Horowitz ES, Sarmento-Leite R. Transcatheter closure of atrial septal defect with Amplatzer device in children aged less than 10 years old: Immediate and late follow-up. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2007;Nov 5.
  5. Vojáček J, Mates M, Popelová J, Pavel P. Perforation of the atrium and the ascending aorta following percutaneous transcatheter atrial septal defect closure. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2005;4:157-9.

doi:10.1016/j.anpedi.2008.11.016

O. Domínguez García<sup>a,\*</sup>, M.A. Granados Ruiz<sup>b</sup>,  
M. Ortega Molina<sup>c</sup>, F. Benito Bartolomé<sup>c</sup> y G. Iñigo Martín<sup>a</sup>

<sup>a</sup>*Departamento de Pediatría, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España*

<sup>b</sup>*Instituto Pediátrico del Corazón, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España*

<sup>c</sup>*Sección de Cardiología Pediátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [olgadominguez77@gmail.com](mailto:olgadominguez77@gmail.com)  
(O. Domínguez García).

## Crisis cardíacas psicógenas tras taquicardia paroxística supraventricular tratada exitosamente con ablación por radiofrecuencia

### Psychogenic cardiac crisis after paroxysmal supraventricular tachycardia successfully treated with radiofrequency ablation

*Sr. Editor:*

Se presenta el caso de un niño de 12 años remitido desde cirugía cardiovascular para valoración psiquiátrica.

Entre sus antecedentes destaca un desarrollo psicomotor con retraso simple del lenguaje. Enuresis nocturna primaria a los 9 años. Terrores nocturnos. Retraso escolar. Infecciones urinarias recurrentes hasta los 2 años. Crisis asmáticas de repetición con tratamiento hospitalario ocasional, a veces desencadenadas por estrés. Taquicardia paroxística supraventricular (TPSV) desde los 2 meses causada por vía de conducción anómala que requirió tres cateterismos para ablación; el último, resolutorio, se realizó a los 10 años. Múltiples ingresos hospitalarios por esta enfermedad.

Como antecedentes familiares: padre, abuelo y tío alcohólicos. Prima materna enurética. Madre diagnosticada de síndrome de Briquet en tratamiento en la unidad del dolor. Mala relación conyugal de los progenitores.

El paciente acude de nuevo a nuestra consulta por persistencia de la sintomatología cardíaca, a pesar de haber desaparecido la afección orgánica. El electrocardiograma (ECG) y la exploración cardiológica resultaron normales. Se realiza un cuarto cateterismo para confirmar la normalidad. El niño presenta opresión precordial, taquicardia y cortejo vegetativo idénticos a los que aparecían en sus crisis anteriores. Reaparece la enuresis nocturna y comienzan unas molestias somáticas inespecíficas (cefaleas, artralgias, abdominalgias). Es valorado por digestólogos y no se encuentra patología orgánica.

El inicio de la clínica coincide con una recaída del padre en el consumo de alcohol, en que solicita al hijo que le

ayude a dejar de beber. Las relaciones de los padres, ya de por sí tensas, empeoran, con lo que aumentan las consultas de la madre a urgencias por múltiples algias. El niño tiene que dejar de jugar por las tardes y acudir al bar que regenta su padre para evitar que reanude el consumo alcohólico.

En la exploración psíquica impresiona de psiquismo *borderline*. Colaborador, con buen contacto. Cierta inhibición, excepto en lo referido a su situación familiar. Al abordar ese tema, se muestra tenso y angustiado. Se siente desbordado por la enfermedad del padre y su responsabilidad en su cuidado. Se muestra preocupado por sus síntomas físicos, los reconoce, pero no los relaciona con ninguna problemática. Carácter tímido, responsable y cariñoso con marcada ansiedad.

Las distintas pruebas psicológicas realizadas indican una capacidad cognitiva global límite.

Se establece como juicio clínico trastorno somatomorfo. Disfunción vegetativa somatomorfa.

Se inicia tratamiento psicoterápico de orientación integradora y con bases en la teoría familiar sistémica que propugna que cada individuo es una identidad que interactúa dentro de un sistema de relaciones donde hay una influencia recíproca<sup>1</sup>. Posteriormente, se deriva a los padres a terapia individual.

En el niño se actúa sobre la ansiedad y la excesiva responsabilidad a la que estaba sometido con su padre. El síntoma actuaba como factor estabilizador de la dinámica familiar, ya que cada progenitor dejaba de lado su propia patología para cuidar al hijo enfermo.

Se realiza psicoterapia individual a la madre para conseguir mejor expresión de lo vehiculizado a través del cuerpo. Realizamos intervención con el padre a quien se recomienda iniciar tratamiento psiquiátrico, si bien se negó a acudir a revisiones, dejó de formular de forma tan inadecuada las demandas de ayuda a su hijo. La evolución del niño es favorable, mejora progresivamente la sintomatología de tipo ansioso-fóbico, desaparecen los síntomas de tipo cardíaco y cesan las consultas en urgencias. La enuresis se trata durante un breve periodo con desmopresina y se resuelve satisfactoriamente.