

Síndrome del carrete: una causa poco común de asistencia en la urgencia hospitalaria

Reel's syndrome: a rare cause of emergency hospital care

Sarriá-Landete Antonio Jesús¹, Crespo-Matas José Antonio¹, Fernández-Anguita Manuel²,
Martínez-Mateo Virgilio²

1. Servicio de Medicina Interna. Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan.

2. Servicio de Cardiología. Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan.

ABSTRACT

Poor positioning of the electrodes implantable cardiac electronic device (IED) is a very rare event, but can occasionally lead to serious clinical complications, such as syncope, heart failure or death due to asystole in patients dependent on stimulation¹.

Recently, a new terminology management for ICED lead macro-dislodgement has been proposed². This new classification may be useful for clinicians. We report a clinical case of Reel's Syndrome.

Keywords: Twiddler's syndrome, Reel's syndrome.

RESUMEN

El mal posicionamiento de electrodos de dispositivos cardiacos electrónicos implantables (DCEI) es un hecho infrecuente pero asociado a complicaciones clínicas graves como síncope, insuficiencia cardiaca e incluso muerte por asistolia en pacientes dependientes de estimulación¹.

Recientemente se ha propuesto una actualización de la ordenación terminológica sobre macrodislocación de electrodos de DCEI que resulta de gran utilidad para la práctica clínica habitual². Siguiendo esta terminología presentamos el caso clínico de un síndrome del carrete.

Palabras clave: Síndrome de Twiddler, Síndrome de Reel.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 85 años exfumador e hipertenso al que dos semanas antes se implantó un marcapasos definitivo VVI (Medtronic) por bloqueo aurículo-ventricular 2:1. Acude a urgencias por presentar de manera súbita en las últimas 24 horas palpitaciones, sensación de contracción diafragmática espontánea e hipo. En la exploración física llamaba la atención la presencia de contracción diafragmática regular espontánea, siendo el resto de la exploración anodina. El ECG (Figura 1) mostraba un ritmo sinusal a 60 lpm con PR de 360 mseg y QRS estrecho además de una espícula de estimulación del marcapasos disociada del ritmo propio del paciente indicativo de fallo de sensa-

do del dispositivo, por lo que se realizó una radiografía de tórax (Figura 2) donde se evidenciaba una macrodislocación del cable del marcapasos, que se encontraba enrollado sobre su eje largo y con su extremo distal en aurícula derecha.

Dada la estabilidad clínica y hemodinámica del paciente, se programó el marcapasos en modo OVO, llevándose a cabo 48 horas después sin complicaciones la extracción del sistema, seguido del reimplante de un nuevo electrodo ventricular y generador de marcapasos vi (Medtronic). Tras el reimplante se comprobó el correcto posicionamiento del sistema en la radiografía de tórax de control y el paciente fue dado de alta 48 horas después sin incidencias.

Figura 1. ECG de 12 derivaciones de superficie basal.

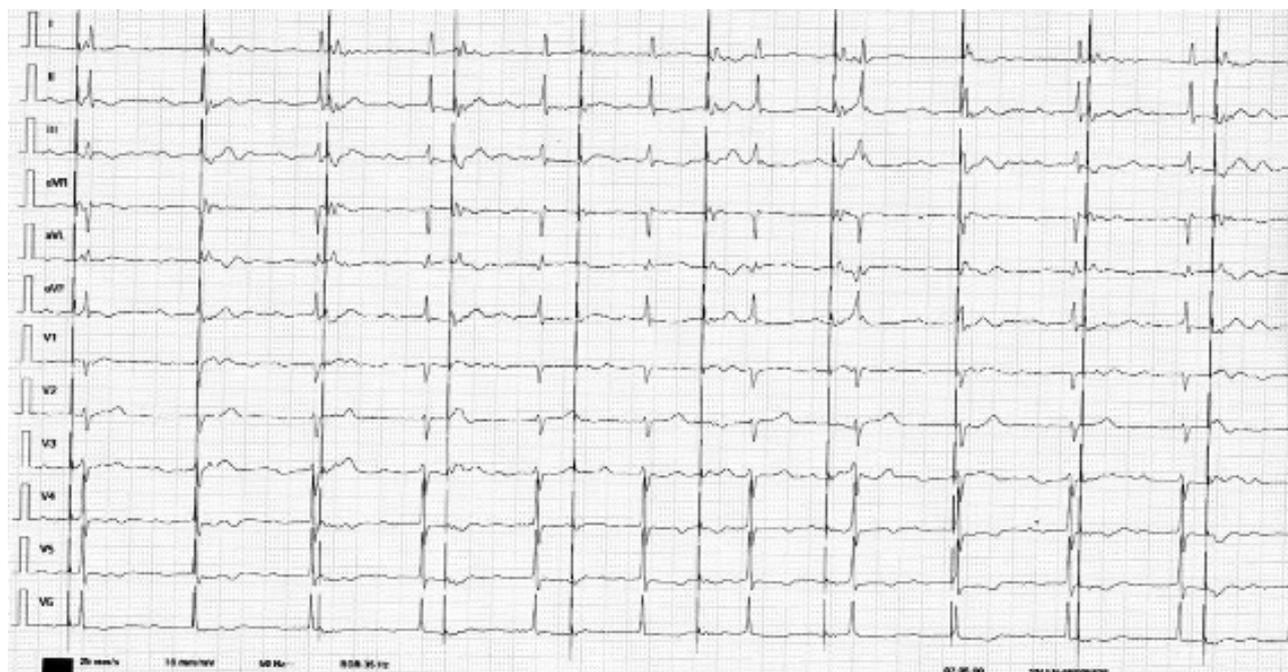


Figura 2. Radiografía de tórax en proyección postero-anterior y lateral.



DISCUSIÓN

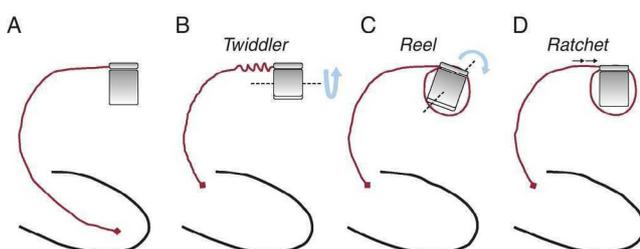
De manera clásica se hace referencia al síndrome de Twiddler ya descrito en 1968 por Bayliss et al. como rotación espontánea subconsciente, inadvertida o deliberada, del generador por parte del paciente, dando lugar a un desplazamiento y mal funcionamiento del marcapasos¹. En los últimos años se han descrito variantes en función del eje al que afecta, como el síndrome del carrete, en el que se produce por rotación en el eje horizontal del marcapasos³, hasta proponerse una ordenación terminológica reglada², dados los diferentes tipos de variantes poco conocidas que presenta el ya de por sí infrecuente Síndrome de Twiddler.

Se han descrito diferentes posibles etiologías para las macrodislocaciones del marcapasos, como la obesidad, presentar un bolsillo para el marcapasos demasiado grande o una mala sutura de este. Además, se ha relacionado con sujetos con un tejido subcutáneo más fino y laxo, típico de niños o personas más jóvenes. Otro factor que se ha relacionado con esta complicación es el uso previo de fármacos antipsicóticos⁴.

En nuestro caso se puede observar la típica imagen de rotación del generador del marcapasos sobre su eje transversal con los catéteres de los electrodos enrollados tras él, a diferencia del Síndrome de Twiddler clásico en el cual la rotación es sobre el eje longitudinal⁵ (Figura 3).

Figura 3. Esquema representativo de cada uno de los mecanismos operativos en la macrodislocación de electrodos de dispositivos implantables:

A: normal. B: esquema del síndrome de twiddler. C: esquema del síndrome de reel. D: esquema del síndrome de ratchet (reproducido con permiso de Arias MA et al).



PUNTOS CLAVE

Nuestro caso es de interés para resaltar la importancia de descartar complicaciones relacionadas con el funcionamiento de los dispositivos electrónicos implantables en pacientes portadores de los mismos, y tener presentes formas de presentación clínica atípicas como es la estimulación diafragmática que presentaba nuestro paciente. Además, queremos reseñar la importancia de diferenciar las diferentes variantes de mal rotación del marcapasos que en general son poco conocidas y pueden ser de gran importancia para el manejo de estos pacientes.

CONFLICTO DE INTERESES

Certifico que todas las relaciones financieras, personales o profesionales pertinentes con otras personas u organizaciones que representen un conflicto de intereses, que podrían razonablemente ser percibidas como tal o que potencialmente podrían influir o dar lugar a sesgo de mi trabajo, se describen en el manuscrito y se dan a conocer completa y verazmente a continuación. Estas relaciones incluyen las afiliaciones y la participación financiera en los últimos 3 años y en el futuro previsible (como se especifica a continuación) con cualquier organización o entidad que tiene intereses financieros en o conflictos financieros con el tema o materiales discutidos en el manuscrito.

Estoy de acuerdo con la publicación de todas estas revelaciones en la sección correspondiente del artículo si el manuscrito fuera aceptado para su publicación en la Revista Galicia Clínica.

- Empleo.
- Financiación de la investigación (incluir fondos recibidos o pendientes de investigación en los que usted fue el principal investigador, colaborador o consultor).
- Otro apoyo a la investigación (incluye la recepción de medicamentos, suministros, equipo, u otro apoyo en especie).
- Honorarios (incluya los honorarios recibidos por hablar en simposios y otras reuniones u ocasiones).
- Testificación como experto (sirviendo como testigo experto, consultor, o de otra manera proporcionar una deposición, testimonio, u otra información, análisis o documento para una demanda, procedimiento agencia gubernamental, gran jurado, u otro procedimiento legal, incluso si el caso no fue a juicio).
- Porcentaje de participación (las acciones u opciones sobre acciones, asociación, afiliación, ningún derecho sobre cualquier patente u otra propiedad intelectual).
- Otros.

FINANCIACIÓN

Esta investigación no recibió financiación externa.

TRANSFERENCIA DE DERECHOS DE AUTOR

Esta autorización es para todo el texto presentado que incluye ilustraciones, fotografías, tablas y otros materiales relacionados.

Confirmando que soy el dueño actual de los derechos de autor del material descrito anteriormente, y por la presente transfiero y asigno a la Revista Galicia Clínica todos los derechos de autor en y para el material para su publicación en todo el mundo, en todas las formas y medios de comunicación, en inglés y en cualquier otra(s) lengua(s). Dicha transferencia incluye publicación en este, y todas las futuras ediciones de la publicación mencionada arriba y en otras publicaciones (incluyendo colecciones de diapositivas y cualquier otro medio no impreso) de Galicia Clínica, y otorga a Galicia Clínica la única autoridad para otorgar derechos de uso del material por otros.

Eximo a Galicia Clínica de cualquier responsabilidad relacionada con la declaración de derechos de autor incorrecta.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Certificamos que esta investigación se realizó de conformidad con los principios éticos de nuestra institución

BIBLIOGRAFÍA

1. Hassen I, Sofiane K, Bilel Z, Ihsen Z, Sondes K. Une cause rare de déplacement de la sonde de pacemaker: syndrome de Twiddler. *Pan Afr Med J.* 2019;33:107.
2. Arias MA, Pachón M, Puchol A, Jiménez-López J, Rodríguez-Picón B, Rodríguez-Padial L. Ordenación terminológica sobre macrodislocación de electrodos de dispositivos cardíacos electrónicos implantables. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65:671-673.
3. Carnero-Varo A, Pérez-Paredes M, Ruiz-Ros JA, Giménez-Cervantes D, Martínez-Corbalán FR, Cubero-López T, Jara-Pérez P. Reel syndrome: a new form of Twiddler's syndrome? *Circulation.* 1999;100:e45-e46.
4. Moens M, Petit F, Goudman L, De Smedt A, Mariën P, Ickmans K, Brouns R. Twiddler's syndrome and neuromodulation-devices: a troubled marriage. *Neuromodulation.* 2017;20:279-283.
5. Guevara-Valdivia ME, Leal-Ortiz GE, Bonilla-Morales I. Disfunción del marcapasos por síndrome de Reel. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2012;50:209-212.