

Arritmias ventriculares inducidas por marcapasos en el infarto agudo de miocardio con extensión a ventrículo derecho

Sr. Director:

Hemos leído con atención la nota clínica publicada recientemente en MEDICINA INTENSIVA por Ortega et al¹ y queremos hacer algunos comentarios.

La revista MEDICINA INTENSIVA lleva ya muchos años publicándose y es una lástima que la información publicada en ésta hace 20 o más años no sea fácilmente asequible. Lo hemos comprobado con algunas publicaciones aparecidas recientemente en ella.

Probablemente el hecho de que las salvas de taquicardia no sostenida observadas por los autores de la nota clínica sean polimórficas tiene que ver con la isquemia aguda y la dispersión de la repolarización, efectivamente. Los episodios de fibrilación ventricular (FV), en el contexto que se presenta en la nota clínica, han disminuido mucho probablemente en relación con el tratamiento fibrinolítico² y con el hecho de que se colocan menos catéteres de Swan-Ganz y electrocatéteres, al haber descendido notablemente la incidencia de bloqueo auriculoventricular complicando el infarto inferior. No obstante, en la era prefibrinolítica era un hecho relativamente frecuente, con una incidencia del 5-21%, lo que nos indujo a realizar una revisión del problema³ que ya había sido observado por otros autores⁴. De hecho, cualquier catéter podía inducir una FV⁵; así, pudimos observar 47 casos de fibrilación ventricular en 1.167 infartos, de los cuales seis estaban relacionados con catéteres: primer contacto con el ventrículo derecho en 4 casos y durante el *pacin*g en 2 casos. Sin embargo, el número de FV en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) inferior con disfunción ventricular derecha no era superior al de los pacientes con IAM inferior sin disfunción ventricular derecha. Por otra parte, los pacientes con infarto inferior presentaron mayor número de FV que los con IAM de cara anterior, pero no recibieron más catéteres, lo que sugería que el catéter no era la única causa desencadenante de la FV.

Por otro lado, coincidimos con los autores en que lo más práctico es tener un desfibrilador a punto cuando es necesaria la colocación de un electrocatéter o Swan-Ganz en fase hiperaguda de un infarto.

M. FIOL, A. CARRILLO Y J. VELASCO

Servicio de Medicina Intensiva y Unidad Coronaria. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortega J, García del Castillo C, Ruiz Lorenzo F, Ceres F. Taquicardias ventriculares polimórficas inducidas por marcapasos temporales transvenosos. *Med Intensiva* 2002;26:424-6.

2. Melgarejo Moreno A, Galcera Tomas J, García Alberola A, Gil Sánchez J, Martínez Hernández J, Rodríguez Fernández S, et al. Significado pronóstico de la colocación de marcapaso temporal en pacientes con infarto agudo de miocardio. *Rev Esp Cardiol* 2001;54:949-57.

3. Fiol M, Raurich JM, Verduras MA, Revuelta P, Chama A. Fibrilación ventricular como complicación de la cateterización en pacientes con infarto agudo de miocardio. *Med Intensiva* 1983; 7:35-42.

4. Sclarovsky S, Zafrir S, Strasberg B, Kracoff O, Lewin RF, Arditi A, et al. Ventricular fibrillation complicating temporary ventricular pacing in acute myocardial infarction: significance of right ventricular infarction. *Am J Cardiol* 1981;48: 1160-6.

5. López-Sendón JL, López de Sa I, Coma-Canella I, Ramos F, Soria F, Domínguez F, et al. Swan-Ganz cateter-induced ventricular fibrillation. Prospective identification of risks factors [abstract]. *Eur Heart J* 1989;10(Suppl):19.