

Síndrome de Twiddler: dos casos con distinto eje de rotación

H.G. FORNIELES-PÉREZ, F.J. GUERRERO-GÓMEZ, S. MARTÍNEZ-ESCOBAR, F. BARREDO-ACEDO, A.C. BARNOSI-MARÍN Y M. MONTOYA-GARCÍA

Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Torrecárdenas. Almería.

El síndrome de Twiddler es una rara complicación de los pacientes portadores de marcapasos, que fue descrito en 1964 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 marcapasos". Presentamos dos casos clínicos con este síndrome, que presentan la particularidad de estar producidos por rotación del marcapasos sobre dos ejes diferentes. En ambos casos pudo identificarse un factor de riesgo común, y los dos se solucionaron con una reintervención quirúrgica.

PALABRAS CLAVE: *marcapasos, complicaciones, síndrome de Twiddler.*

TWIDDLER'S SYNDROME: TWO CASES WITH DIFFERENT ROTATION AXES

The Twiddler's syndrome is a strange complication of patients with pacemaker that was described in 1964 by Bayliss et al like "spontaneous, subconscious, inadvertent, or deliberate rotation of the pulse generator by the patient resulting in lead dislodgment and pacemaker malfunction". We present two clinical cases of two patients with this syndrome with the particularity of being produced by rotation of the pacemaker on two different axes. In both cases we

could identify a factor of common risk and both cases were solved with a surgical reintervention.

KEY WORDS: *pacemaker, complications, Twiddler's syndrome.*

INTRODUCCIÓN

La implantación de marcapasos es una técnica cada vez más frecuente en las unidades de medicina intensiva¹. Las complicaciones propias de esta técnica deben ser conocidas por los especialistas, ya que a menudo precisan ingreso en una unidad de cuidados críticos para, por ejemplo, la implantación de un marcapasos transitorio o para la reprogramación del marcapasos que falla. Presentamos dos casos de una rara complicación, que fueron atendidos en nuestra unidad en el plazo de unos meses.

CASOS CLÍNICOS

El primer caso se presentó en una mujer de 72 años, con deterioro intelectual moderado por demencia senil e intervenida de *bypass* aortocoronario años atrás. La paciente ingresó por presentar enfermedad del seno sintomática y se implantó un marcapasos DDDR. Las radiografías y los seguimientos posteriores al implante fueron normales. Dos meses tras el alta, la enferma acudió a consulta por notar estimulación pectoral derecha. En la radiografía (fig. 1) se observaba un "trenzado de ambos cables" en un eje vertical, con desplazamiento de los electrodos hasta la vecindad del pectoral derecho. La paciente reconocía haber manipulado el generador. Se recolocaron los cables (fig. 2) y el generador se suturó a la fascia del pectoral.

Correspondencia: Dr. H. G. Fornieles-Pérez.
Camerún 2, portal 5, 1.º dcha. (Res. Portocarrero). 04720 Almería.
Correo electrónico: hfornieles@navegalia.com

Manuscrito aceptado el 21-III-2002.



Figura 1. Radiografía posteroanterior de tórax en la que se observan el desplazamiento inferior del generador y el "trenzado" de los cables en el eje vertical. Los electrodos han perdido contacto con el endocardio y están en la zona subpectoral derecha.

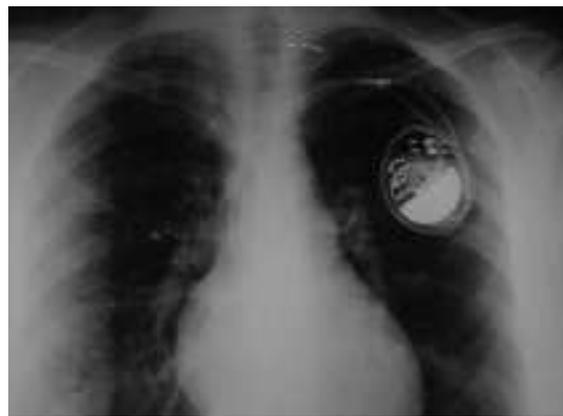


Figura 3. Radiografía posteroanterior de tórax en la que se observa la rotación sufrida por el generador en su eje horizontal posteroanterior. El cable auricular ha perdido el contacto con el endocardio y el ventricular está a punto de desprenderse.



Figura 2. Fotografía tomada en el momento de recolocar el marcapasos en la que se observa la "trenza" que han formado los cables por rotar el generador en su eje vertical.

El segundo caso se presentó en una mujer de 21 años con moderado déficit intelectual a la que se le implantó un marcapasos DDDR por bloqueo auriculoventricular completo. Las radiografías y los primeros seguimientos fueron normales. Durante una revisión a los 40 días del implante, se observaron pérdida de captura del cable auricular y un ascenso del umbral en el cable ventricular. Se realizó una radiografía (fig. 3) que confirmó el Twiddler en el eje horizontal anteroposterior, con una migración total del cable auricular y migración parcial del ventricular. La enferma negaba haber manipulado el generador, pero su familia admitía que la paciente posiblemente hubiera rotado el marcapasos. Se recolocaron los cables y el generador se suturó a la fascia del pectoral.

DISCUSIÓN

El síndrome de Twiddler fue descrito en 1968² y desde entonces se han publicado numerosos artículos³⁻⁵. La serie más amplia incluye 4 casos en una revisión de 14 años⁶. Inicialmente se describió el síndrome de Twiddler como la rotación del marcapasos en el eje vertical, y se produciría principalmente en

pacientes obesos en los cuales la bolsa del generador resulta demasiado grande. Recientemente Carnero-Varo et al⁷ han descrito otra variedad de Twiddler, que se produce por rotación en el eje horizontal del marcapasos; dichos autores denominan a esta variedad "síndrome de Reel". Nosotros hemos observado en un breve plazo de tiempo dos casos con los dos ejes de rotación distintos; uno de ellos atribuible a la manipulación del generador, y en el otro, aunque la paciente negaba la manipulación, su déficit intelectual hace que esta posibilidad sea la más creíble. Ambas pacientes eran ligeramente obesas, y los dos casos se solucionaron con la sutura a planos profundos del generador.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Urra F, Porres Aracama JM, Choperena Alzugaray G, Luque Lezcano O, Marco Garde P, y Grupo de Trabajo de Cuidados Intensivos Cardiológicos. La implantación de marcapasos definitivos en los servicios de medicina intensiva durante el año 1994. *Med Intensiva* 1996;20:305-12.
2. Bayliss CE, Beanlands DS, Baird RJ. The pacemaker-twiddler's syndrome: a new complication of implantable transvenous pacemakers. *Can Med Assoc J* 1968;99:371-3.
3. Larrouse E, Rodríguez E, Moya AA, Rodríguez O, Soler Soler J. Síndrome de Twiddler en un paciente portador de desfibrilador automático implantable: ¿una complicación evitable? *Rev Esp Cardiol* 2001;4:456-8.
4. Rivas P, Tuñó J, Rubio JM, Almeida P, Artiz V, Farre J. Síndrome de Twiddler y fallo del sensado auricular. *Rev Esp Cardiol* 2001;54:232-3.
5. Saliba BC, Ghantous AE, Schoenfeld MH, Marieb MA. Twiddler's syndrome with transvenous defibrillatos in the pectoral region. *Pacing Clin Electrophysiol* 1999;22:1419-21.
6. Hill PE. Complications of permanent transvenous cardiac pacing: a 14-year review of all transvenous pacemakers inserted at one community hospital. *Pacing Clin Electrophysiol* 1987;10:564-70.
7. Carnero-Varo A, Pérez-Paredes M, Ruiz-Ros JA, Giménez-Cervantes D, Martínez-Corbalán FR, Cubero-López T, et al. "Reel syndrome": a new form of Twiddler's syndrome? *Circulation* 1999;100:45-6.