

Marcapasos sin cables tras infección de dispositivos de estimulación cardíaca: cohorte retrospectiva

Javier Meseguer Donlo(1), Ana María Gutiérrez Baena(2), Miguel Villamarín Melio(2), Laura Escolà-Vergé(2), Jonathan Quispe Santos(1), Francisco Javier Méndez Zurita(1), José Mª Guerra Ramos(1), Sara Grillo(2) y Ana Bonet Basiero(1) de (1)Servicio de Cardiología y (2)Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España

Introducción: Las infecciones asociadas a dispositivos de estimulación cardiaca (IADEC) son una complicación grave que requieren extracción completa del sistema y tratamiento antibiótico (ATB). El momento óptimo y la estrategia más adecuada de reimplante siguen sin estar bien definidos. En este contexto, los marcapasos sin cables han surgido como una alternativa atractiva, al eliminar el bolsillo subcutáneo y los electrodos endovasculares, reduciendo el riesgo de reinfección. Sin embargo, la evidencia disponible sobre su uso tras la extracción de dispositivos infectados es limitada.
El objetivo de este estudio es describir la experiencia de nuestro centro en el implante de marcapasos sin cables tras extracción por infección y analizar sus resultados clínicos.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluyó pacientes con IADEC sometidos a extracción completa de dispositivo entre 2013 y 2024 en nuestro centro. Se identificaron los casos en los que se realizó un reimplante con marcapasos sin cables y se evaluaron sus características clínicas y pronóstico.

Resultados: Hubo 148 pacientes con IADEC a los que se realizó extracción completa de dispositivo. A 101 de ellos se les reimplantó otro dispositivo, de los cuales 21 fueron marcapasos sin cables. Cuatro (20%) fueron mujeres y la edad mediana fue de 82 años. Tres (14%) implantes fueron en el contexto de infección sistémica y dieciocho (86%) local. No hubo complicaciones en la extracción ni el implante. Doce (58%) recibieron ATB previo a la extracción con una mediana de diez días de tratamiento. Tras la extracción todos recibieron ATB con una mediana de catorce días de tratamiento. El tiempo hasta el reimplante presentó una mediana de tres días (rango intercuartílico 0-10). En diez pacientes el reimplante fue en el mismo procedimiento de la extracción, todos ellos en IADEC local. En un seguimiento mediano de 2.8 años no hubo ninguna recaída de infección. Hubo una mortalidad del 30%, ningún caso relacionado con la infección, un 14% en relación a la cardiopatía del paciente y un 16% por otras causas.

Conclusiones: La estrategia de reimplante precoz con marcapasos sin cables en casos seleccionados tras una IADEC mostró ser segura y efectiva, sin evidencia de aumento de las recaídas o complicaciones infecciosas. Se requieren estudios adicionales para validar estos datos y valorar si esta estrategia mantiene su seguridad en pacientes con infección sistémica.