



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-607 - GASTROPARESIA AGUDA TRAS CRIOABLACIÓN POR FIBRILACIÓN AURICULAR.

Gómez Sánchez, Javier; Forneiro Pérez, Rocío; de Castro Monedero, Paola; Mirón Pozo, Benito

Hospital Universitario de San Cecilio, Granada.

Resumen

Introducción: La ablación percutánea como tratamiento de la fibrilación auricular es un procedimiento cada vez más habitual con mínimas complicaciones extracardiacas. La gastroparesia aguda secundaria a crioablación de venas pulmonares, una complicación infrecuente que rara vez requiere cirugía, pero que puede requerir nuestra valoración. Presentamos a continuación un caso de gastroparesia, con el objetivo de resaltar su clínica, diagnóstico y tratamiento.

Caso clínico: Mujer de 72 años sin cirugías previas y con antecedentes de hipertensión arterial y fibrilación auricular paroxística sintomática con disfunción sinusal, que fue sometida al aislamiento eléctrico de las venas pulmonares mediante crioablación. El procedimiento se efectuó mediante un catéter balón ArticFront Advance® y catéter de mapeo Achieve®, lográndose la desconexión de ambas venas pulmonares con aplicaciones únicas de 240 segundos, que se realizaron bajo estimulación frénica para evitar su lesión. Tras una telemetría cardiaca de 24 horas correcta la paciente fue alta hospitalaria. Acudió a Urgencias a los tres días del procedimiento por dolor abdominal brusco en epigastrio y flanco izquierdo que se acrecentaba con la ingesta. Refería náuseas, pérdida de apetito pero ausencia de vómitos o fiebre. A la exploración presentaba un abdomen depresible, discretamente distendido y sin peritonismo. Analíticamente destacaba troponina I de 291 pg/mL, que fue seriada, presentando descenso progresivo en probable relación con la crioablación. La radiografía de abdomen mostraba una importante dilatación gástrica y se completó mediante tomografía abdominal apreciándose una severa distensión gástrica con abundante contenido intraluminal sin evidenciar causa obstructiva. Se ingresó para estudio y se inició tratamiento con sonda nasogástrica, eritromicina intravenosa 200 mg/12h y posteriormente cinitaprida 1 mg/8h oral, repitiéndose la esofagogastroscoopia a los 5 días de la inicial, que no era valorable, hallándose un cardias, estómago, píloro y duodeno compatible con la normalidad. Tras una estancia de 6 días la paciente fue alta domiciliaria con una correcta tolerancia oral. Actualmente no presenta ninguna clínica digestiva. La gastroparesia aguda tras la ablación de las venas pulmonares es una complicación infrecuente, cercana al 2% de las ablaciones, relacionada con la lesión en la inervación del esfínter pilórico y el estómago, que proceden del tronco vagal izquierdo, cercano a la pared posterior de la aurícula izquierda y el *ostium* de las venas pulmonares. La aplicación de calor o frío en la pared posterior de la aurícula izquierda puede lesionar transitoria o definitivamente, estos nervios y condicionar una hipertonía pilórica y gastroparesia. Para su diagnóstico requerimos de radiología simple y tomografía de abdomen así como de endoscopia para descartar otras lesiones. Su tratamiento inicial es conservador con antiseoretos y procinéticos, presentando buena respuesta con cinitaprida. El tratamiento endoscópico se reserva para los casos más graves, donde pueden plantearse inyecciones de toxina botulínica a nivel pilórico o por último requerir cirugía para confeccionar una gastroenteroanastomosis.

Discusión: La gastroparesia por ablación de las venas pulmonares es infrecuente pero puede llegar a ser motivo de valoración quirúrgica. Su presentación tardía y la inespecificidad de sus síntomas pueden enmascarar su diagnóstico e infraestimar su frecuencia, así como realizar actitudes terapéuticas innecesarias.