



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-141 - FÍSTULA ATRIOESOFÁGICA

Rius Acebes, Laura; Gea Laínez, Iranzu; Bellón López de Antón Bueno, Marta; Pujante Menchón, Mónica; Fernández Mancilla, Carlos Felipe; Mella Laborde, Mario; Morales Calderon, Miguel; Compañ Rosique, Antonio Fernando

Hospital Universitario del S.V.S. de San Juan, Sant Joan d'Alacant.

Resumen

Introducción: La fístula atrio-esofágica es una emergencia médica potencialmente mortal, que rara vez se presenta como complicación tras un procedimiento cardíaco de ablación con catéter. Su incidencia global es del 0,03 al 0,11%, con una mortalidad que oscila del 50 al 83%. Las manifestaciones clínicas suelen presentarse de una a cuatro semanas después de la ablación (rango de 2 a 60 días), y los síntomas más comunes son fiebre, dolor en el pecho y eventos neurológicos recurrentes de émbolos sépticos. La tomografía computarizada (TC) de tórax es la prueba diagnóstica de elección. No se debe realizar una endoscopia con insuflación de aire.

Caso clínico: Mujer de 79 años, a la que se le realizaron 2 ablaciones de foco de TSV sin éxito y posterior implante de marcapasos con ablación del nodo AV, que consulta por síncope con TCE. La paciente refiere desde hace 3-4 días dolor torácico y malestar general. EF: abdomen no distendido, blando y depresible, molestia a la palpación profunda en epigastrio, no signos de irritación peritoneal local ni generalizada. Analítica sanguínea: leucocitos 12.000 U/L, neutrófilos 93%, PCR 46 mg/dL, procalcitonina 24 ng/mL, FG 29, ml/min Cr 1,6 mg/dL, I. Quick 64%. TC TAP: burbujas aéreas en mediastino posterior, anterior al tercio medio/distal de esófago y por detrás de aurícula izquierda y venas pulmonares. Tras la administración del contraste oral se aprecia extravasación del mismo a través de un pequeño orificio en pared esofágica anterior de 0,1 cm, situado unos 5 cm del cardias, sugerente de perforación esofágica. Evolución: tras realización de TC TAP la paciente sufre un ictus isquémico con hemiplejía del lado izquierdo del cuerpo, se realiza TAC craneal y angioTAC de TSA sin alteraciones. Ingresa en UCI donde persiste con clínica neurológica, y se inicia tratamiento con HBPM y antibiótico empírico con meropenem + linezolid. Se comenta el caso con Cardiología que sospecha fístula atrio-esofágica. Se traslada la paciente al servicio de Cirugía Cardíaca de otro hospital. Al tercer día se coloca prótesis esofágica bajo sedación con midazolam y propofol, la paciente no despierta de la sedación a pesar de administrar flumacénilo y naloxona e inicia episodios de hipotensión. Ante situación de coma se decide IOT e inicio de drogas vasoactivas. Actualmente permanece ingresada en la UCI, en coma, con mal pronóstico.



Discusión: La fístula atrioesofágica es una complicación rara y una emergencia médica potencialmente mortal. Los síntomas más relacionados son dolor torácico, fiebre y eventos neurológicos debidos a émbolos sépticos, y pueden aparecer hasta 60 días más tarde del procedimiento de ablación. El TC torácico es la prueba de elección. No se debe realizar endoscopia.