

Gastroparesia tras crioablación de venas pulmonares: una causa poco común de dilatación gástrica



Gastroparesis after pulmonary vein isolation: an uncommon cause of gastric distension

Presentamos el caso de un paciente varón de 54 años con fibrilación auricular (FA), en tratamiento con rivaroxabán, flecainida y bisoprolol, al que se le realiza una crioablación de venas pulmonares por refractariedad al manejo farmacológico, siendo dado de alta a las 24 horas sin incidencias. A los cinco días acude a Urgencias con cuadro de vómitos, epigastralgia y distensión abdominal. Se realiza radiografía de abdomen que muestra dilatación de la cámara gástrica (fig. 1A). Se coloca sonda nasogástrica y se administra analgesia intravenosa. Se solicita tomografía de abdomen, en la cual se describe una marcada distensión gástrica sin aparente causa obstructiva (fig. 1B). El paciente permanece en observación y se completa el estudio con una gastroscopia, donde se objetiva gran dilatación gástrica con valoración parcial del cuerpo gástrico por restos alimenticios, pero alcanzándose segunda porción duodenal sin evidenciar causa obstructiva (fig. 1C). Veinticuatro horas después de acudir a Urgencias es dado de alta, con dieta baja en grasas y omeprazol a doble dosis. Es derivado a consulta de Digestivo, añadiéndose al tratamiento levosulpirida. Se repite gastroscopia, sin evidenciar lesiones (fig. 1D). A los siete meses el paciente está asintomático y se suspende el tratamiento.

La gastroparesia es un trastorno motor del estómago en el que se produce un enlentecimiento del vaciamiento gástrico en ausencia de una obstrucción mecánica. Las causas

más frecuentes son: diabetes mellitus tipo 1 y 2, intervenciones quirúrgicas sobre el recorrido de las ramas del nervio vago en su parte proximal (como cirugías de la unión esofagagástrica, funduplicaturas y otras técnicas antirreflujo) o distal sobre el antro gástrico (p. ej., gastrectomía subtotal, duodenopancreatectomía cefálica) y farmacológico (opiáceos, antidepresivos tricíclicos y calcio antagonistas, entre otros), siendo idiopática hasta en 60%^{1,2}. Para su diagnóstico es necesaria una prueba de imagen (radiografía o tomografía) y generalmente una gastroscopia, para descartar una causa obstructiva. El *gold standard* es el estudio gammagráfico de vaciamiento gástrico¹.

La ablación por catéter de las venas pulmonares es una técnica cada vez más utilizada en el manejo de la FA. En función de la fuente de energía utilizada, se habla de ablación por radiofrecuencia (RFA) si para producir el daño tisular se utiliza una fuente de calor y de crioablación si se utiliza una fuente de frío³. Esta última parece tan efectiva como la RFA, con menos tasas de complicaciones como perforación cardíaca, tromboembolismo o estenosis de las venas pulmonares, aunque parece tener más riesgo de parálisis del nervio frénico y del nervio vago periesofágico³. Una lesión del nervio vago puede producir una gastroparesia secundaria a una afectación de la innervación del antro y píloro, cursando con dolor abdominal, vómitos, distensión y saciedad precoz. Sin embargo, esta complicación suele ser asintomática y su incidencia en la literatura varía según las series (0,2-48%)⁴. Son factores de riesgo el uso de temperaturas bajas en las venas pulmonares inferiores y que la aurícula izquierda sea de pequeño tamaño (acortando la distancia entre el *ostium* de la vena pulmonar inferior derecha y el esófago)⁵.

El manejo suele ser conservador, resolviéndose en la mayoría de los casos en unos seis meses⁴. Es conveniente

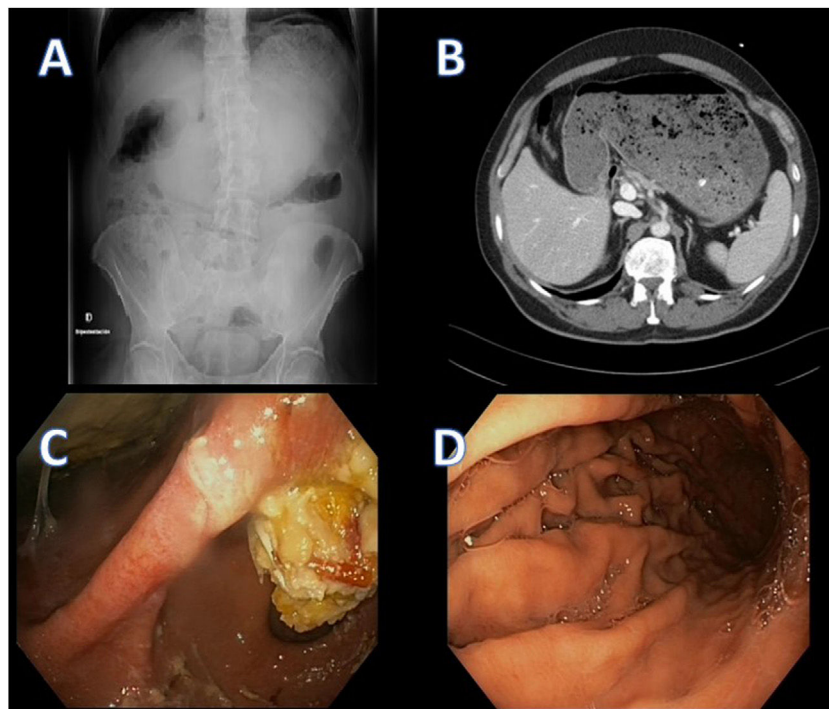


Figura 1 A) Marcada dilatación de cámara gástrica. B) Marcada dilatación gástrica sin aparente causa obstructiva. Sonda nasogástrica en cámara gástrica. C) Estómago de retención, píloro permeable. D) Meses después, gastroscopia normal.

evitar las causas que distiendan el estómago, realizando ingestas fraccionadas, impidiendo tomar bebidas gaseosas y beber líquidos durante la ingesta de sólidos. Se recomienda una dieta baja en grasas y rica en fibra, y el uso de procinéticos. Si no hay respuesta, los pacientes pueden beneficiarse del tratamiento endoscópico como inyección de toxina botulínica, dilatación pilórica o miotomía pilórica peroral⁵, quedando como las opciones quirúrgicas: gastrectomía subtotal o total o gastroenteroanastomosis como intervención paliativa, reservadas para los casos más refractarios⁴.

Con el desarrollo de nuevos procedimientos ablativos y su mayor implementación, es importante conocer esta complicación para poder evitarla en la medida de lo posible y reconocerla dentro de las causas de gastroparesia, para su detección y tratamiento precoz.

Bibliografía

1. Parkman HP, Hasler WL, Fisher RS, American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association technical review on the diagnosis and treatment of gastroparesis. *Gastroenterology*. 2004;127:1592–622.
2. Ye Y, Yin Y, Huh SY, Almansa C, Bennett D, Camilleri M. Epidemiology, Etiology, and Treatment of Gastroparesis: Real-World

Evidence From a Large US National Claims Database. *Gastroenterology*. 2022;162:109–21.e5.

3. Hachem AH, Marine JE, Tahboub HA, Kamdar S, Kanjwal S, Soni R, et al. Radiofrequency Ablation versus Cryoablation in the Treatment of Paroxysmal Atrial Fibrillation: A Meta-Analysis. *Cardiol Res Pract*. 2018;2018:6276241.
4. Akhtar T, Calkins H, Bulat R, Pollack MM, Spragg DD. Atrial fibrillation ablation-induced gastroparesis: A case report and literature review. *HeartRhythm Case Rep*. 2020;6:249–52.
5. Nullens S, Naegels S, Ruytjens I. Gastric distension and gastroparesis following pulmonary vein isolation for atrial fibrillation: a case report and review of the literature. *Acta Gastroenterol Belg*. 2022;85:1–4.

Irene Chivato Martin-Falquina*, Sara García Morán y Manuel Alfonso Jimenez Moreno

Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: irenechivato@gmail.com

(I. Chivato Martin-Falquina).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2022.12.008>

0210-5705/ © 2023 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.