



CARTAS CIENTÍFICAS

Fístula esófago-pericárdica complicada con pseudoaneurisma ventricular izquierdo

Esophagopericardial fistula complicated by a left ventricular pseudoaneurysm

Sr. Director:

Presentamos el caso de una mujer marroquí de 55 años, que acudió a urgencias por hematemesis e inestabilidad hemodinámica una semana después de realizarse un ecocardiograma transesofágico. Entre sus antecedentes destacaba una valvuloplastia percutánea por valvulopatía mitral reumática, 15 años atrás. La paciente recibía tratamiento crónico con anticoagulantes orales. Se le practicó una fibrogastroscoopia urgente que mostró una laceración esofágica sangrante la cual fue esclerosada. La paciente permaneció febril y con dolor torácico los siguientes días, hecho por el que se le realizó una ecocardiografía transtorácica que no mostró alteraciones. Se completó el estudio con una tomografía computarizada (TC) torácica con contraste intravenoso (fig. 1) con la que se vio una colección hidroaérea heterogénea en la cavidad pericárdica, probablemente secundaria a una fístula esófago-pericárdica. Por este motivo, se procedió urgentemente a desbridar quirúrgicamente la cavidad pericárdica y colocar una prótesis esofágica. La evolución posquirúrgica fue buena y la paciente fue dada de alta a los 12 días.

Dos meses después volvió a urgencias con dolor torácico e inestabilidad hemodinámica. En la exploración física se observó una masa intercostal izquierda pulsátil. Una nueva TC (fig. 2) demostró un pseudoaneurisma gigante del ventrículo izquierdo. Se reparó quirúrgicamente la disrupción del miocardio ventricular, sin complicaciones postoperatorias y una buena evolución radiológica.

La fístula esófago-pericárdica es una complicación patológica rara muy grave, con solo alrededor de unos 70 casos publicados en la bibliografía anglosajona¹. La mayoría de ellas (80%) tienen una causa subyacente benigna y solo el 20% son secundarias a cáncer esofágico¹⁻³. Entre las causas benignas, alrededor del 35% son secundarias a úlceras y esofagitis, el 15% a ingestión e impactación de cuerpo extraño

y aproximadamente el 5% son iatrogénicas^{2,3}. Entre las malignas, la inmensa mayoría conectan la tráquea o los grandes bronquios con el tercio medio esofágico. La localización tumoral en la pared anterior del esófago distal y la radioterapia son los 2 factores más importantes para provocarla¹.

Los síntomas clínicos iniciales más frecuentes son inespecíficos, con epigastralgia, dolor retroesternal y fiebre, superponibles todos ellos a los de la pericarditis¹⁻³. El neumopericardio es el hallazgo radiológico más común (hasta el 50% de casos). Es normalmente visible en la radiografía perfilando el contorno cardíaco izquierdo. Puede haber derrame pleural y condensaciones pulmonares. Una vez se ha identificado neumopericardio, los estudios diagnósticos deben ir encaminados a demostrar la fístula (tránsito gastrointestinal convencional o TC con contraste oral). El paso de contraste se puede demostrar hasta en el 80% de los casos. El estudio endoscópico es de vital importancia para revelar la causa subyacente. La ecocardiografía parece quedar desplazada porque el abordaje esofágico no es recomendable y el aire pericárdico suele afectar en gran medida el acceso transtorácico. Pero es útil para valorar complicaciones postratamiento como el derrame pericárdico y valorar el grado de taponamiento asociado. En nuestro caso no se consiguió demostrar el paso directo de contraste del esófago al pericardio tras administrar contraste por vía oral, pero la colección hidroaérea en el saco pericárdico y la laceración profunda en la esofagoscopia hacían muy probable el diagnóstico^{2,3}.

El tratamiento más aceptado es el quirúrgico urgente para desbridar el pericardio y cerrar la fístula una vez controlada la infección¹⁻³. La mortalidad está alrededor del 40%, la mayoría por taponamiento cardíaco, sepsis o pericarditis constrictiva¹.

El pseudoaneurisma del ventrículo izquierdo es una entidad infrecuente secundaria a lesiones miocárdicas, sobre todo por infarto agudo, endocarditis infecciosa y traumatismo quirúrgico. La presentación clínica más frecuente es la insuficiencia cardíaca congestiva, seguida por dolor torácico, disnea, hemoptisis y muerte súbita. Hasta el 12% cursan asintóticamente. El tratamiento es motivo de controversia, pero el quirúrgico es el más aceptado en casos sintomáticos con riesgo por su tamaño o por las condiciones patológicas basales del paciente⁴. No hemos encontrado ningún caso en la bibliografía revisada de fístula esófago-

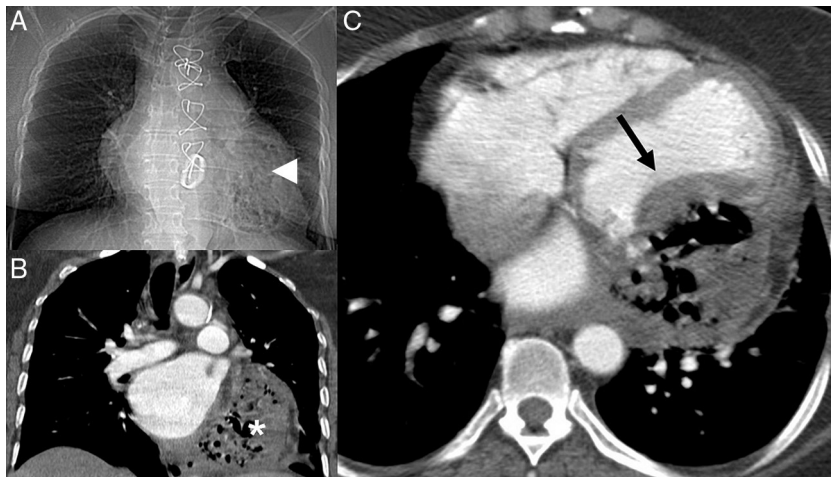


Figura 1 Radiografía convencional de tórax posteroanterior (A) y TC torácica con contraste intravenoso en reconstrucciones coronal (B) y axial (C). Imágenes aéreas abigarradas superpuestas a la silueta cardíaca (cabeza de flecha en A). Colección hidroaérea en el receso pericárdico izquierdo con patrón en «miga de pan» en su interior (asterisco en B). Condiciona un discreto desplazamiento y abombamiento medial de la pared del ventrículo izquierdo (flecha en C).

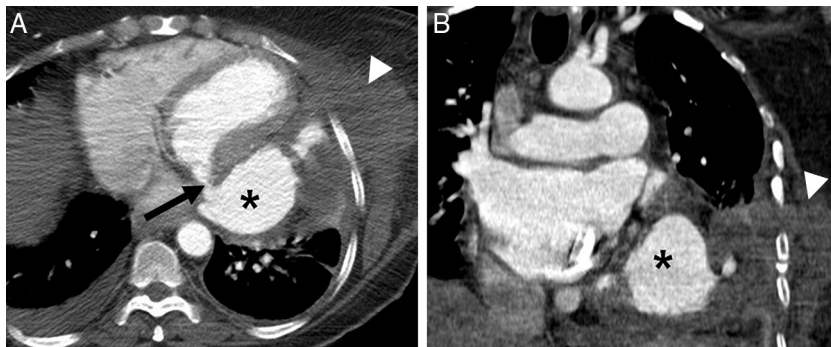


Figura 2 TC torácica con contraste intravenoso en reconstrucciones axial (A) y coronal (B). Cavidad rellena de contraste (asteriscos en A y B) que comunica con el ventrículo izquierdo a través de un defecto en la pared miocárdica adyacente al surco aurículo-ventricular (flecha en A). Se observa un gran hematoma asociado con extensión lateral hacia la pared torácica (cabezas de flecha en A y B).

pericárdica complicada con la posterior formación de un pseudoaneurisma cardíaco.

El interés del caso presentado radica en la rareza de las fístulas esófago-pericárdicas, en la importancia de conocer su existencia, sus posibles causas y los signos radiológicos que, en el contexto clínico adecuado, deben evidenciar un diagnóstico que será de vital importancia por su gravedad. También nos permite presentar el caso, aparentemente sin precedentes bibliográficos, de un pseudoaneurisma gigante ventricular izquierdo como complicación de la pericarditis secundaria a la comunicación esófago-pericárdica.

Bibliografía

1. Takayama T, Okura Y, Funakoshi K, Sato T, Ohi H, Kato T. Esophageal cancer with an esophagopericardial fistula and purulent pericarditis. *Intern Med.* 2013;52:243–7.
2. Kasama K, Rino Y, Murakami H, Suzuki S, Isomatsu Y, Masuda M. Pneumopericardium from esophageal-pericardial fistula due to cancer recurrence. *Asian Cardiovasc Thorac Ann.* 2011;19:444.
3. Cyrlak D, Cohen AJ, Dana ER. Esophagopericardial fistula: Causes and radiographic features. *AJR Am J Roentgenol.* 1983;141:177–9.
4. Acioli Pereira L, Fontes Gontijo P, Alcântara Farran J, Palandri Chagas AC, Romano ER, Bento de Souza LC. Pseudoaneurisma gigante da via de saída do ventrículo esquerdo: uma patologia rara. *Rev Port Cardiol.* 2013;32:541–4.

A. Pons Escoda*, V. Margelí Cervera y V. Fábregas Cardelus
Servicio de Radiología, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aponse@hotmail.com (A. Pons Escoda).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rx.2013.09.011>