

Empiema por fístula esofagopleural tras escleroterapia de varices

J.M. Rodríguez, M. Ollero, E. Suárez y E. Pujol

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Huelva. Huelva.

En relación con la escleroterapia de varices esofágicas se han comunicado una amplia variedad de complicaciones. Presentamos un paciente con fístula esofagopleural y empiema, complicaciones de la escleroterapia de varices, raramente descritas en la literatura.

Arch Bronconeumol 1993; 29:193-195

Empyema by esophagopleural fistula following variceal sclerotherapy

A wide variety of complications have been reported in relation with sclerotherapy of esophageal varices. A patient with esophagopleural fistula and empyema and complications of variceal sclerotherapy, rarely described in the literature is presented.

Introducción

La escleroterapia de varices es un procedimiento ampliamente utilizado para controlar el sangrado de varices esofágicas. A pesar de ello, no es una técnica inocua y se han descrito las más variadas complicaciones en relación con su uso¹. Entre ellas, las complicaciones pleuropulmonares son frecuentes. La fístula esofagopleural y el empiema, sin embargo, se han comunicado muy raramente¹⁻⁷.

Presentamos un paciente con empiema y fístula esofagopleural como complicación de la escleroterapia de varices esofágicas.

Caso clínico

Varón de 53 años, alcohólico crónico (más de 100 g de etanol/día), que acudió a nuestro centro por presentar hematemesis y melenas. El paciente había estado bien hasta seis meses antes. En este período, requirió tres ingresos por presentar ascitis, edemas y finalmente melenas. Durante estos ingresos se objetivaron hepatoesplenomegalia, varices esofágicas grado II sin evidencia de sangrado y, en el último, gastropatía congestiva. La serología para el virus de la hepatitis B fue positiva (HBsAg, anti-HBc, anti-HBe).

La exploración física al ingreso mostró temperatura de 36,2 °C, frecuencia cardíaca de 85, tensión arterial 100/55, ictericia, ascitis y edemas hasta región inguinal. En la analítica destacaban como datos patológicos urea 26,3 mmol/l, proteínas séricas 5,83 g/l (albúmina 1,98 g/l), bilirrubina 49,8 µmol/l, transaminasa-glutámico-pirúvica (GOT) 72 U/l, alanil-amino-transferasa (GPT) 73 U/l. En el hemograma destacaban: hemoglobina 7 g/l y plaquetas $55 \times 10^9/l$. El tiempo de protrombina era de 18,7 s (control 13,3 s). La endoscopia mostró sangrado de varices esofágicas y se realizó una sesión de escleroterapia utilizando 20 cc de oleato de etanolamina como esclerosante. Una semana después se realizó una nueva sesión utilizando 9 cc, y cuatro días más tarde, en la sesión final de escleroterapia, se descubrió una úlcera esofágica y el resangrado de las varices requirió 19 cc de esclerosante para ser controlado. Las inyecciones fueron siempre intravariciales. Después de cada sesión, el paciente sólo experimentó ligero dolor torácico. Cuatro días después de la última, comenzó con disnea, fuerte dolor en costado derecho y disminución de ruidos respiratorios en la base derecha. La radiografía de tórax mostró derrame pleural derecho masivo (fig. 1). La toracocentesis diagnóstica obtuvo líquido francamente purulento con glucosa de 15 mg/dl y un pH de 7,053; en la tinción de Gram se identificaron cocos gram positivos. En cultivos del líquido pleural crecieron *Enterococos* grupo D, y se aislaron *Candida* spp y *Pseudomonas aeruginosa* en otros cultivos pleurales realizados posteriormente. Se estableció un régimen de antibióticos de amplio espectro y se colocó un tubo torácico por el que se drenó

Recibido el 7.9.1992 y aceptado el 6.10.1992.



Fig. 1. Radiografía de tórax en la que se observa derrame pleural masivo en hemitórax derecho.

líquido pleural incluyendo algunos residuos alimentarios. Se sospechó la formación de una fistula esofagopleural y se indicó nutrición parenteral. Mediante un estudio radiológico utilizando contraste hidrosoluble se diagnosticó fistula esofagopleural (fig. 2). El tratamiento quirúrgico no pudo realizarse a causa de múltiples complicaciones relacionadas con su enfermedad hepática de base. El paciente falleció once días más tarde a causa de una hemorragia masiva de las varices esofágicas.

La autopsia confirmó el diagnóstico de fístula esofagopleural y empiema.

Discusión

Las complicaciones pleuropulmonares de la escleroterapia de varices ocurren hasta en un 50 % de pacientes². La mayoría de los casos son asintomáticos e incluyen derrames pleurales, atelectasias, bronquitis y neumonía. Menos frecuentemente se han comunicado síndrome del distress respiratorio del adulto, infarto pulmonar, fístula esofagobronquial, fístula esofagopleural y empiema¹⁻⁷.

Aunque en la mayoría de las series revisadas el porcentaje es menor, algunos autores mantienen que la fístula esofagopleural ocurre en el 1-2 % de los casos². Se debe a una profunda ulceración de la pared del esófago^{1,2}, y generalmente ocurre de 7 a 14 días después de la sesión de escleroterapia^{1-5,7}. Los factores que favorecen su formación son: uso de más de 15 cc de esclerosante en una sola sesión^{3,6,7}, la frecuencia de las sesiones de escleroterapia^{3,6,7}, uso concomitante de esteroides^{4,5} y la inyección paravaricial del esclerosante². El empiema, siempre secundario a fístula esofagopleural, es mucho más excepcional^{3,5-7}. En nuestro caso se practicaron tres sesiones en once días, los síntomas comenzaron cuatro días después de la última sesión, se usaron más de 15 cc de esclerosante en dos ocasiones, aunque las inyecciones fueron siempre intravariciales.

Los síntomas en estos pacientes incluyen fiebre, dolor torácico, disnea e hipoxemia. La radiografía de

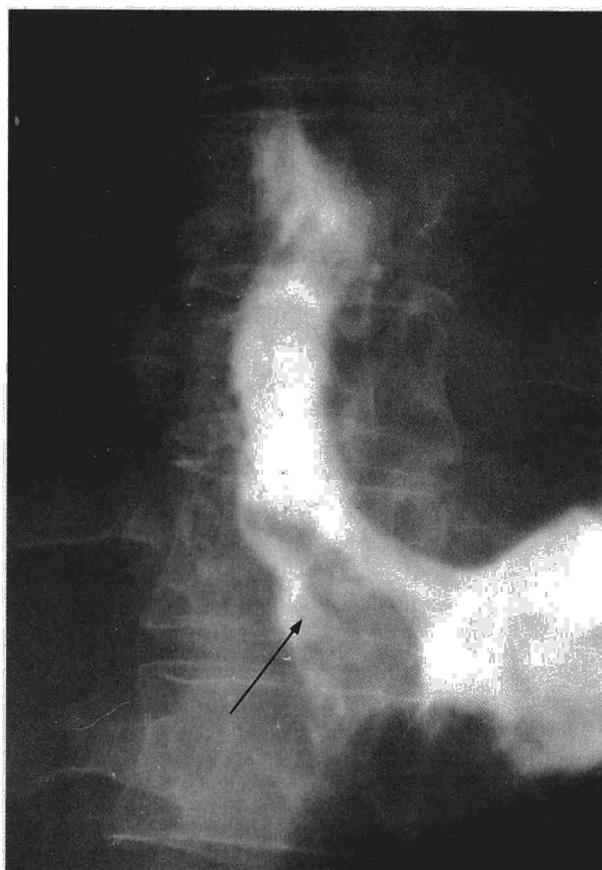


Fig. 2. Detalle de radiografía de tórax en que se demuestra paso de contraste (→) al espacio pleural derecho.

tórax muestra, en caso de empiema, derrame pleural. Nuestro paciente no presentó fiebre en ningún momento de su evolución. Esta circunstancia no se ha comunicado nunca previamente en la literatura.

El diagnóstico se basa en la clínica, así como en la realización de una nueva endoscopia y una exploración radiológica utilizando contraste hidrosoluble. Cuando se diagnostica fístula esofagopleural, el manejo incluye dieta absoluta, el paciente debe tratarse con succión mediante sonda nasogástrica y nutrición parenteral. A más largo plazo puede hacerse nutrición enteral utilizando sonda nasoyeyunal.

El derrame pleural requiere toracocentesis. Si se confirma el empiema (líquido purulento, cifras de glucosa menores de 40 mg/dl y un pH menor de 7,2) es necesario realizar toracocentesis repetidas o bien colocar un tubo de drenaje torácico. Los patógenos que más frecuentemente se aíslan en el líquido pleural son anaerobios y organismos gram-positivos y gram-negativos, todos ellos procedentes de la flora orofaríngea y del intestino. Otros patógenos también se han comunicado ocasionalmente⁷. Estas circunstancias obligan a utilizar antibióticos de amplio espectro para controlar la infección.



En la mayoría de pacientes, el tratamiento quirúrgico no es posible a causa de múltiples problemas médicos y de las complicaciones relacionadas con su enfermedad hepática subyacente, sin embargo debe considerarse en cada caso la posibilidad de aplicarlo.

Como conclusión, después de una sesión de escleroterapia de varices, deben sospecharse fístula esofago-pleural y empiema en todos aquellos pacientes con dolor torácico y fiebre mantenidos, disnea y derrame pleural.

BIBLIOGRAFÍA

1. Truesdale AJ, Wong RKH. Complications of esophageal variceal sclerotherapy. *Gastroenterol Clin North Am* 1991; 20:859-870.
2. Edling JE, Bacon BR. Pleuropulmonary complications of endoscopic variceal sclerotherapy. *Chest* 1991; 99:1.252-1.257.
3. Perino LE, Gholson CF, Goff JS. Esophageal perforation after fiberoptic variceal sclerotherapy. *J Clin Gastroenterol* 1987; 9:286-289.
4. Vickers CR, O'Connor HJ, Quintero GA, Aerts RJP, Elias E, Neuberger JM. Delayed perforation of the esophagus after variceal sclerotherapy and hepatic transplantation. *Gastrointest Endosc* 1989; 35:459-461.
5. Bacon BR, Camara DS, Duffy MC. Severe ulceration and delayed perforation of the esophagus after endoscopic variceal sclerotherapy. *Gastrointest Endosc* 1987; 33:311-315.
6. Soederlund C, Wiechel KL. Oesophageal perforation after sclerotherapy for variceal hemorrhage. *Acta Chir Scand* 1983; 149:491-495.
7. Chertow GM, Marcantonio ER, Wells RG. *Saccharomyces cerevisiae* empyema in a patient with esophago-pleural fistula complicating variceal sclerotherapy. *Chest* 1991; 99:1.518-1.519.