

| | |
|----------------|--|
| Caso | (702) Fistula broncopleurale como complicación infrecuente del adenocarcinoma primario pulmonar |
| Autores | Luis Miguel Guadalupe González, P. Corujo Murga, H. Cigarrán Sexto, G. Anes González, V. P. Goic Ortiz, B. Palomo Antequera. |
| Centro | Hospital Universitario Central De Asturias |

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 64 años fumadora de aproximadamente 70 paquetes/año con diagnóstico hace un mes de adenocarcinoma primario pulmonar estadio IVB pendiente de comenzar tratamiento quimioterápico. La neoplasia se localizaba en el lóbulo inferior derecho y presentaba amplio plano de contacto con la cisura mayor. Acudió al servicio de urgencias con aumento progresivo de la disnea hasta hacerse de mínimos esfuerzos en las últimas 48 horas e intenso dolor pleurítico en el hemitórax derecho con disminución del murmullo vesicular a la auscultación. Presentaba leucocitosis con neutrofilia en el hemograma y alcalosis respiratoria en la gasometría arterial.

Se realizó una Rx de tórax que mostró varios niveles hidroaéreos de nueva aparición en el pulmón derecho, por lo que se solicitó un TC de tórax con contraste para estudio de un probable derrame multiloculado y para descartar posibles complicaciones. El TC mostró necrosis de la masa tumoral con amplia comunicación con el espacio pleural y abundante cantidad de aire y líquido con signos de sobreinfección, todo ello en relación con fístula broncopleurale complicada con empiema. Dada su localización periférica respondió favorablemente al tratamiento con antibioterapia, drenaje e instilación de urokinasa intrapleurale, siendo alta un mes más tarde.

DISCUSIÓN

Una fístula broncopleurale (FBP) puede definirse como la comunicación directa o fuga de aire persistente entre la cavidad pleural y un bronquio o parénquima pulmonar periférico. En función de su localización resulta práctico clasificarlas entre:

- FBP proximales, localizadas en los bronquios centrales o la tráquea, típicamente de origen postquirúrgico y que habitualmente requieren corrección mediante cirugía.
- FBP periféricas y fístulas “parénquima-pleura”, localizadas generalmente en vía aérea distal o en el parénquima pulmonar. Las primeras suelen ser secundarias a enfermedad pulmonar crónica con bronquiectasias y las segundas se producen por daño tisular y necrosis en los alveolos y la pleura visceral, normalmente por neumonías necrotizantes, cambios postrádicos y neoplasias pulmonares (siendo relativamente frecuentes en el adenocarcinoma dada su tendencia a la localización periférica y la afectación pleural). Al contrario que las FBP proximales, presentan

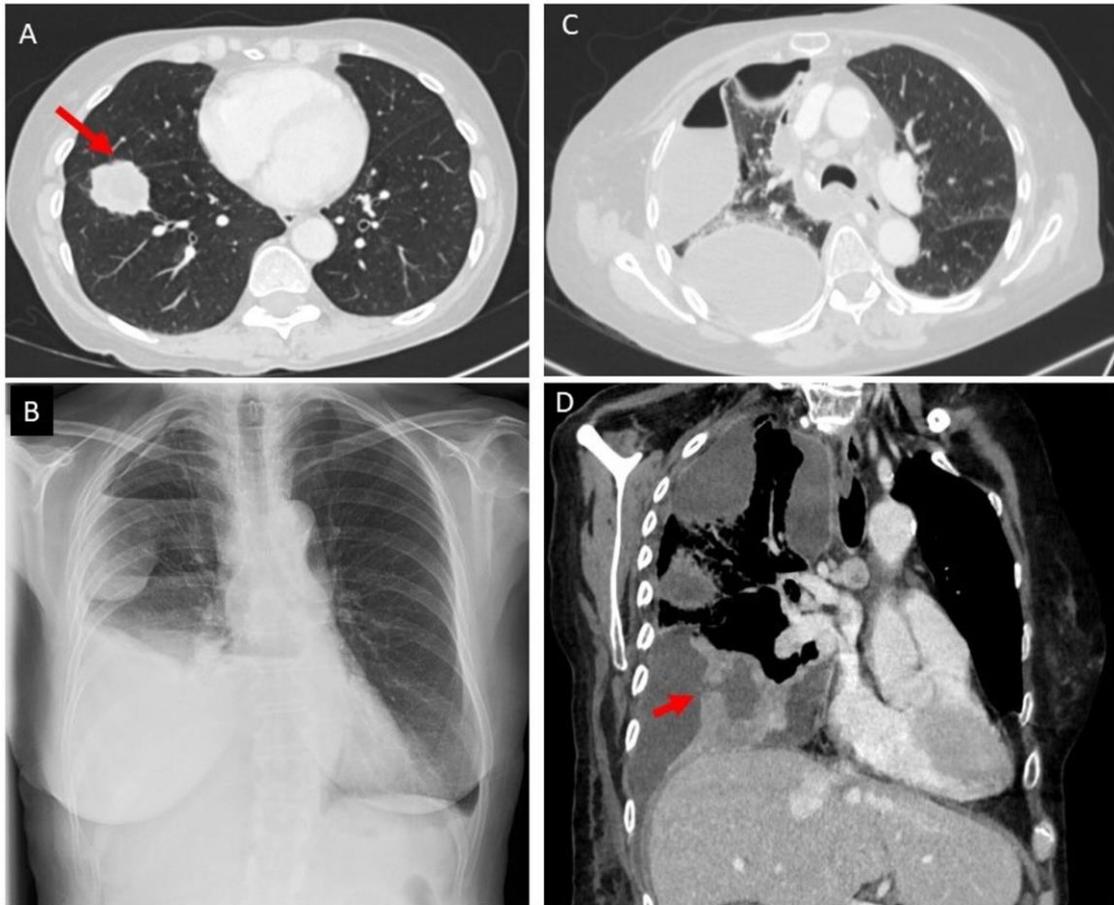
mejor pronóstico y normalmente responden al tratamiento conservador con drenaje pleural y antibioterapia.

En la Rx simple habitualmente se observan como un hidroneumotórax cuyo nivel hidroaéreo presenta distintas dimensiones en las proyecciones anteroposterior y lateral, hallazgo que ayuda a diferenciarlas del absceso pulmonar. Otras formas de presentación frecuentes son la aparición de una cámara aérea coexistente con un derrame pleural y la ausencia de resolución de un neumotórax tras la colocación de un drenaje.

El TC muestra el hidroneumotórax y habitualmente permite identificar la localización de la fístula, visualizando signos directos como la comunicación entre el bronquio y la cavidad pleural o indirectos como burbujas de aire atípico en el seno del derrame. Las fístulas parénquima-pleura frecuentemente presentan sobreinfección asociada y se identifican como zonas focales de consolidación pulmonar o de necrosis en el seno de una neoplasia que comunican directamente con un derrame pleural. Además el estudio mediante TC permite poner de manifiesto la existencia de enfermedad pulmonar subyacente y realizar el diagnóstico diferencial con otras etiologías causantes de hidroneumotórax, como la fístula pleuroesofágica.

CONCLUSIÓN

Destacar la FBP como una causa principal de hidroneumotórax, especialmente en pacientes con factores de riesgo (infecciones necrotizantes, radioterapia, cirugía o neoplasias con afectación pleural o cisural) y tener en cuenta los hallazgos más característicos que permitan realizar un diagnóstico diferencial adecuado (principalmente con el absceso pulmonar).



A) TC de tórax con contraste en ventana de pulmón, que muestra la masa conocida con amplio plano de contacto con la cisura mayor. B) Rx de tórax al ingreso con múltiples niveles hidroaéreos en hemitórax derecho. C) TC de tórax con contraste que confirma la presencia de hidroneumotórax con empiema multiloculado. D) TC de tórax con contraste en reconstrucción coronal oblicua que muestra la necrosis de la masa con fistulización a la cavidad pleural.

BIBLIOGRAFÍA

A Giménez Palleiro. Complicaciones torácicas del tratamiento. Radiología esencial SERAM 2ª edición J. L. del Cura, S. Pedraza, A. Gayete, A. Rovira. Madrid, España, Editorial Médica Panamericana, 2018. pp. 262-272.

Hansell DM, Armstrong P, Lynch DA, Page H. Pleura and pleural disorders. Hansell DM, Armstrong P, Lynch DA, Page H editors. Imaging of diseases of the chest, 4ª edición. Philadelphia. Elsevier Limited; 2005. pp.1076-1077.

Ricci, ZJ, Haramati, LB, Rosebaum, AT, et al Role of computed tomography in guiding the management of peripheral bronchopleural fistula. J Thorac Imaging 2002;17,pp214-218.

Kim EA, Lee KS, Shim YM, Kim J, Kim K, Kim TS, Yang PS. Radiographic and CT findings in complications following pulmonary resection. Radiographics. 2002 Jan-Feb;22(1):67-86. doi: 10.1148/radiographics.22.1.g02ja0367. PMID: 11796900.