



P-325 - FÍSTULA PANCREATOPLEURAL: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE DERRAME PLEURAL MASIVO RECIDIVANTE

M. Jiménez Fuertes¹, D. Costa Navarro², M. Durán Poveda¹, D. Alías Jiménez¹, J. González González¹, A. Martínez Pozuelo¹, E. Rodríguez Cuéllar¹, A. Moreno Posadas¹, C. Nevado¹ y G. Díaz García¹

¹Hospital Rey Juan Carlos. ²Hospital Marina Baixa, Villajoyosa.

Resumen

Introducción: Existen múltiples causas de derrame pleural recidivante, y la fístula pleuropancreática es una rara entidad que en pocas ocasiones se incluye en el diagnóstico diferencial. Presentamos el caso de un derrame pleural recidivante, masivo cuyo origen era una fístula pleuropancreática en un paciente con pancreatitis crónica.

Caso clínico: Paciente hombre de 63 años que consulta por disnea progresiva a mínimos esfuerzos, tos y fiebre. Como antecedente de interés presentaba hábito tabáquico, alcoholismo y pancreatitis crónica. El paciente había consultado con su médico de cabecera varias semanas antes, que había diagnosticado infección respiratoria y había pautado tratamiento antibiótico sin mejoría. Se realizó radiografía simple de tórax en urgencias, que reveló un derrame pleural izquierdo masivo. El paciente fue ingresado a cargo de neumología, que realizó toracocentesis diagnóstica y evacuadora, siendo el cultivo de la misma negativo, teniendo criterios de exudado con 60% de polimorfonucleares, destacando 12.400 UI/L de amilasa en el líquido pleural. Se realizó TAC torácico, que mostraba infiltrado en LII y pequeñas alteraciones en vidrio deslustrado. Con sospecha de derrame paraneumónico se inició tratamiento médico. Sin embargo, en los días siguientes el derrame empeoró nuevamente, realizándose nueva toracocentesis diagnóstica y evacuadora, con citología negativa para células malignas, cultivo negativo y biopsia pleural sin evidencia de tumor, destacando nuevamente amilasa elevada, con 10.156 UI/L. Ante el derrame pleural recidivante se realizó un TAC toraco-abdominal, en el que se evidenciaba un pseudoquiste pancreático con una colección líquida que se extendía desde el páncreas hasta el espacio subfrénico, asociado a derrame pleural izquierdo masivo, siendo los hallazgos compatible con fístula pleuropancreática. Se inició tratamiento médico con dieta absoluta y nutrición parenteral total, sin mejoría y con progresión del derrame, por lo que finalmente el paciente fue intervenido tras dos meses, evidenciando un orificio en el diafragma de dos cm que comunicaba el pseudoquiste con la cavidad pleural y que determinaba la fístula pleuropancreática. Se realizó pancreatectomía distal, no pudiendo respetar el bazo por la gran inflamación existente, así como cierre del orificio diafragmático y drenaje pleural izquierdo, con derivación de conducto de Wirsung distal tras extracción de cálculos término-lateral en Y de Roux retrocólica transmesocólica. El paciente evolucionó de forma satisfactoria, siendo retirado el drenaje pleural al tercer día sin recidiva del derrame y dado de alta al sexto día. El paciente continúa asintomático un año después de la intervención.

Discusión: La fístula pleuropancreática es una entidad muy poco frecuente, habiéndose publicado hasta la fecha 34 casos confirmados. Fue descrita por primera vez por Trombroff en la década de los setenta. Existen dos formas de fistulización, directamente desde el conducto o desde un pseudoquiste, como es el caso que

hemos presentado. Habitualmente se da en hombres de 45 años con antecedentes de pancreatitis de origen enólico, siendo la forma más frecuente de presentación la disnea y estando los síntomas abdominales ausentes en la mayoría. Como característica presentan derrame pleural recidivante, con elevado contenido en amilasa. El 45% de los casos mejora con tratamiento médico, siendo necesaria la cirugía en el resto.