



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-462 - MANEJO CONSERVADOR EN LA FISTULA PLEUROPERITONEAL

Lujan Martínez, Delia María; Parra Baños, Pedro Antonio; Ruiz Marín, Miguel; Sánchez Cifuentes, Ángela; Martínez Sanz, Nuria; Fernández López, Antonio José; Medina Manuel, Esther; Albarracín Marín-Blázquez, Antonio

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Introducción: La fístula pleuroperitoneal (FPP) es una entidad muy infrecuente. La mayor parte de los casos descritos son secundarios a diálisis peritoneal continua o traumatismos toracoabdominales. El diagnóstico, tratamiento y el mecanismo de formación de la FPP está muy discutido. Aportamos un caso de FPP tratada de forma conservadora.

Caso clínico: Varón de 33 años intervenido de adenocarcinoma sincrónico de colon ascendente y ángulo esplénico realizándose colectomía subtotal en Argel. Recibiendo 5 ciclos de quimioterapia adyuvante en su país antes de trasladarse a España. A su llegada a nuestro país se realiza TC que objetiva recidiva tumoral en hipocondrio izquierdo con gran masa que invade estomago, yeyuno, cola de páncreas, bazo y riñón izquierdo. Se realiza gastroscopia que informa de neoformación en antro gástrico aunque las biopsias son negativas. Se comenta en comité multidisciplinar de tumores colorrectales y se decide cirugía de rescate. Se interviene hallando gran masa tumoral que engloba bazo, cola de páncreas, fascia de Gerota izquierda, hemidiafragma izquierdo, curvatura mayor gástrica y 1ª asa yeyunal fistulizada con absceso asociado, sin implantes peritoneales. Se realiza resección en bloque con esplenectomía, resección de 1ª asa yeyunal (anastomosis termino-terminal manual), gastrectomía atípica (cierre manual del defecto), resección caudal pancreática, resección de Gerota y resección parcial de cúpula diafragmática, produciéndose perforación de diafragma que se repara con sutura irreabsorbible comprobándose estanqueidad y ausencia de neumotórax. Durante el postoperatorio se objetiva colección con nivel hidroaéreo a nivel de hipocondrio izquierdo que se drena percutáneamente con cultivo positivo para *E. coli*. Tras varios días, aparece salida de aire por el catéter con las maniobras de Valsalva, objetivándose en TC fístula pleuroperitoneal sin complicaciones torácicas. Se conecta a aspiración continua sin que se resuelva la misma, por lo que se decide retirarla y cerrar el catéter. Tras cuatro días con el catéter cerrado el paciente permanece asintomático, sin evidenciarse aumento de la colección aérea y sin clínica respiratoria por lo que se retira catéter siendo alta tras permanecer 48 horas asintomático. En los controles posteriores la colección aérea ha desaparecido y el paciente persiste asintomático aunque se ha evidenciado progresión de la enfermedad a nivel hepático.

Discusión: La FPP es una complicación quirúrgica poco frecuente tras la cirugía de cáncer de colon avanzado con afectación diafragmática. En la literatura hay muy pocos casos descritos y existe controversia en cuanto al manejo de este tipo de complicación. En muchos casos se requiere toracoscopia con colocación de malla o incluso aplicación de talco. Como se expone en este trabajo, el manejo conservador de la FPP es posible si la situación clínica del paciente lo permite, sin precisar nueva intervención quirúrgica.