

# Fístula pancreático-bronquial: abordaje diagnóstico-terapéutico<sup>☆</sup>

## Bronchial-pancreatic fistula: diagnostic-therapeutic approach

Las complicaciones pleuropulmonares en el curso de la pancreatitis crónica no son frecuentes. Entre ellas, la fístula pancreático-bronquial es excepcional, con menos de 30 casos publicados en la literatura<sup>1-8</sup>.

Presentamos el caso de un varón de 40 años con antecedentes de pancreatitis crónica y hepatopatía enólica que acudió a Urgencias presentando tos con expectoración y fiebre. En la radiografía de tórax se apreció derrame pleural masivo izquierdo y se colocó tubo endotorácico para drenaje. El líquido pleural mostró cifras de amilasa de 57.504 UI/L, compatible con fístula pancreático-pleural. El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta.

Acudió de nuevo a Urgencias un mes después por presentar hemoptisis y dolor abdominal. Se realizó fibrobroncoscopia urgente, encontrando sangrado del árbol bronquial izquierdo. Se tomaron muestras mediante lavado bronco-alveolar con niveles de amilasa de 58.300 UI/L, que confirmaron la existencia de fístula pancreático-bronquial. Debido a la persistencia de la hemoptisis se solicitó arteriografía, embolizándose una rama bronquial procedente de la mamaria izquierda (fig. 1). Tras la estabilización del paciente se solicitó tomografía computarizada abdominal que reveló la existencia de una lesión quística en cuerpo y cola pancreáticos, colecciones en el espacio pararenal anterior izquierdo, dilatación del conducto de Wirsung y múltiples calcificaciones (fig. 2). Dada la evolución del proceso se indicó intervención quirúrgica programada, realizándose pancreatectomía corporo-caudal con pancreatoyeyunostomía termino-lateral en Y de Roux y drenaje de colecciones. En el postoperatorio el paciente evolucionó favorablemente, siendo dado de alta al noveno día de la intervención. Dos años después el paciente se encuentra asintomático.

La fístula pancreático-bronquial forma parte de un proceso que supone la rotura del conducto pancreático hacia el retroperitoneo, migración de secreciones hacia el tórax a través del hiato esofágico o el diafragma con formación de fístula pancreático-pleural, y posterior disrupción del árbol bronquial<sup>1-4</sup>. Los síntomas respiratorios prevalecen sobre los abdominales, en forma de tos con expectoración, disnea y neumonías de repetición<sup>5</sup>. Solo en algunos casos, como el nuestro, el síntoma inicial es la hemoptisis. Aunque las enzimas pancreáticas presentes en el árbol bronquial no estén activas, irritan la mucosa respiratoria produciendo traqueobronquitis<sup>4</sup>.

La determinación de los niveles de amilasa en líquidos biológicos es esencial para el diagnóstico. En casos de pancreatitis crónica con derrame pleural asociado, es fre-

cuento encontrar niveles altos en líquido pleural, aunque también pueden darse en perforaciones esofágicas, derrames paraneumónicos, etc. Solo en casos de fístula pancreático-pleural los niveles de amilasa son superiores a 50.000 UI/L A. Para el diagnóstico de la fístula pancreático-bronquial la broncoscopia con determinación bioquímica es una técnica rápida y efectiva<sup>4</sup>. Permite obtener muestras mediante lavado bronco-alveolar, obviando la contaminación con la amilasa salivar del esputo<sup>3</sup>.

También se utilizan otras pruebas, como la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, la tomografía computarizada y la colangiorresonancia magnética.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica no solo puede visualizar la anatomía del conducto de Wirsung o, incluso, mostrar el trayecto fistuloso dirigiéndose hacia la cavidad pleural, sino que además permite la colocación de stents en caso de estenosis ductal.

La valoración del conducto de Wirsung también puede realizarse mediante colangiorresonancia magnética, técnica que sirve además para mostrar el parénquima pancreático y la existencia de complicaciones extrapancreáticas<sup>6</sup>.

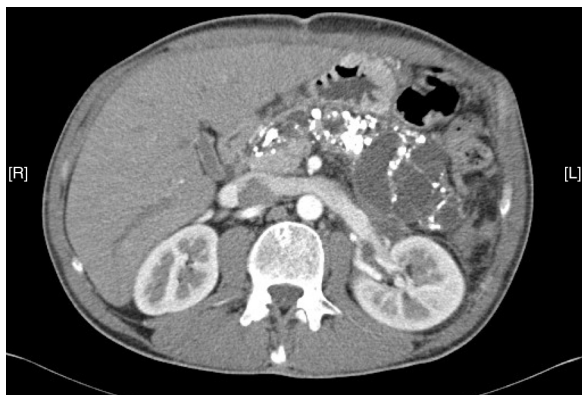
La tomografía computarizada toracoabdominal puede poner de manifiesto atrofia pancreática, calcificaciones, colecciones peripancreáticas, dilatación del conducto de Wirsung y, en ocasiones, el trayecto de la fístula<sup>7,8</sup>.

Inicialmente el tratamiento debe de ser conservador con estabilización del paciente, nutrición parenteral, administración de ocreótido y drenaje de colecciones, con lo que evolucionan favorablemente la mayoría de los pacientes, especialmente aquellos que no presentan estenosis ductales<sup>4</sup>.



**Figura 1 – Arteriografía selectiva que muestra sangrado activo en rama bronquial.**

<sup>☆</sup> Parte de este trabajo se presentó como comunicación tipo póster en la XVII Reunión Nacional de Cirugía, celebrada en Las Palmas de Gran Canaria en octubre de 2009.



**Figura 2 – Imagen de tomografía computarizada c n dilatación del conducto de Wirsung, calcificaciones y lesión quística en cuerpo y cola de páncreas.**

Cuando el tratamiento conservador falla es necesario recurrir a un tratamiento adicional. En pacientes con estenosis única del conducto pancreático se han obtenido éxitos con la colocación endoscópica de un stent. Sin embargo, aquellos con múltiples estenosis, disrupción completa del conducto, o quistes de gran tamaño no suelen responder al tratamiento y precisan cirugía<sup>7</sup>. Las técnicas quirúrgicas más empleadas son la pancreatectomía distal y la pancreatoyeyunostomía<sup>3,4</sup>.

La fístula pancreático-bronquial secundaria a pancreatitis es una entidad clínica poco frecuente, que debe tenerse en cuenta en aquellos pacientes que presenten síntomas pleuropulmonares.

### Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Agradecimientos

Al Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario La Princesa, por permitirnos realizar el trabajo.

A los autores por contribuir con su trabajo a la finalización de este artículo.

Al comité editorial de Cirugía Española por considerar este artículo para su publicación.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Dignan AP. Pancreatico-bronchial fistulae. *Postgrad Med J*. 1965;41:158-62.
2. Kaye M. Pleuropulmonary complications of pancreatitis. *Thorax*. 1968;23:297-306.
3. Thomson BN, Wigmore SJ. Operative treatment of pancreaticobronchial fistula. *HPB*. 2004;6:37-40.
4. Yasuda T, Ueda T, Fujino Y, Matsumoto I, Nakajima T, Sawa H, et al. Pancreaticobronchial fistula associated with chronic pancreatitis: report a case. *Surg Today*. 2007;37:338-41.
5. Buelta C, Velayos B, Abril C, Esteban E, Trueba J, Fernández L, et al. Fístula pancreaticobronquial como primera manifestación de pseudoquistes pancreáticos. *Gastroenterol Hepatol*. 2006;29:273-5.
6. Materne R, Vranckx P, Pauls C, Coche E, Deprez P, Van Beers B. Pancreaticopleural fistula: diagnosis with magnetic resonance pancreatography. *Chest*. 2000;117:912-4.
7. Ali T, Srinivasan N, Le V, Chimpiri AR, Tierney W. Pancreaticopleural fistula. *Pancreas*. 2009;38:26-31.
8. Davidian M, Koo A. Pancreaticobronchial fistula diagnosed by combined ERP and CT. *AJR*. 1996;166:53-4.

Ana Rodríguez Sánchez\*, José Luis Martín Álvarez, Joaquín Gómez Ramírez, Elena Martín Pérez y Eduardo Larrañaga Barrera

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital La Princesa, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ana.rodriguez@aecirujanos.es](mailto:ana.rodriguez@aecirujanos.es) (A. Rodríguez Sánchez).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.04.019>