

CARTAS AL EDITOR

Colangiografía por resonancia magnética en el diagnóstico de derrame pleural masivo secundario a fístula pancreático-pleural

Sr Editor: El derrame pleural generalmente de pequeño tamaño es frecuente en pacientes con pancreatitis aguda. Por el contrario, el derrame asociado a pancreatitis crónica o pseudoquistes pancreáticos es muy infrecuente, escasamente descrito y con frecuencia masivo y recurrente. Se produce por conexión fistulosa entre el páncreas y el espacio pleural o por extensión de un pseudoquiste a través del mediastino. Se presenta el caso de un paciente con historia de etilismo crónico, pancreatitis crónica, pseudoquiste pancreático y derrame pleural masivo secundario a fístula pancreático-pleural confirmada por colangiografía por resonancia magnética (RM).

Varón de 43 años de edad con historia de etilismo crónico que acudió por una clínica de 3 meses de evolución de dolor torácico, tos, disnea progresiva junto a astenia, anorexia y pérdida de unos 10 kg de peso. En la exploración física destacaba una disminución del murmullo vesicular en el hemitórax izquierdo y una hepatoesplenomegalia. En la analítica se obtuvo una VSG de 72 mm a la primera hora, hipalbuminemia y una tasa de protrombina del 60%. En la radiografía de tórax se observó un derrame pleural izquierdo masivo y en la tomografía computarizada (TC), múltiples calcificaciones y un pequeño pseudoquiste pancreático.

Se efectuó una broncoscopia con biopsia de la zona estenosada en el lóbulo inferior izquierdo, sin que se hallaron células malignas. Se realizó una toracentesis evacuadora, en la que se obtuvieron unos 9 l de líquido de aspecto serohemático: se trataba de un exudado con un 70% de polimorfonucleares, 3,1 g/dl de proteínas y 12.666 U/l de amilasas. Se llevaron a cabo 3 citologías, en las que no se observaron células atípicas. Se intentó hacer una pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con fines diagnósticos para valorar la colocación de una endoprótesis, pero no fue posible canular el conducto pancreático. Se realizó una colangiografía por RM que puso de manifiesto signos de pancreatitis crónica y un pequeño pseudoquiste que comunicaba a través de una fístula con una colección voluminosa intratorácica situada encima del hiato esofágico (fig. 1). Se inició tratamiento médico con nutrición parenteral y somatostatina durante 4 semanas. Tras el inicio de la ingesta oral el paciente está asintomático y sin reaparición del derrame pleural, y no se ha precisado por el momento tratamiento quirúrgico.

La fístula pancreático-pleural fue descrita inicialmente por Anderson et al en 1973¹ y su

incidencia es de alrededor de un 1% de los pacientes con pancreatitis crónica y pseudoquiste^{2,3}. Se presenta normalmente en varones de mediana edad, con historia de etilismo crónico (80%) y episodios previos de pancreatitis (52%)⁴. El derrame pleural suele ser masivo e izquierdo (65%) y aparece un pseudoquiste pancreático en el 80% de los casos⁴. Los síntomas torácicos (disnea, dolor torácico, tos) predominan sobre los abdominales.

La determinación de amilasas en líquido pleural es muy importante en el diagnóstico, y es obligada en todo paciente con derrame pleural masivo y etilismo crónico. Virtualmente, ninguna otra enfermedad puede causar elevaciones tan significativas de esta enzima (media de 18.450 U/l)⁴. Otros 3 procesos pueden desarrollar un exudado pleural con amilasas altas: la pancreatitis aguda, con elevación moderada (máximo de 3.000-4.000 U/l); la rotura espontánea directa en la cavidad torácica de un pseudoquiste, muy raro y de evolución fatal, y la ascitis pancreática por paso de líquido de la cavidad peritoneal a la pleural.

La radiología simple, la TC torácica y abdominal y la CPRE son importantes en el diagnóstico. La colangiografía por RM ha demostrado ser tan eficaz como la CPRE para distinguir la pancreatitis crónica del carcinoma de páncreas en el diagnóstico del colangiocarcinoma y en la detección de cálculos en el cóstico y en el colédoco. Supone una ventaja en pacientes con estenosis duodenal, cirugía previa tipo Billroth II o trastornos del conducto pancreático que no se pueden evaluar por CPRE⁵. En los últimos años se ha mostrado también útil en el diagnóstico de la fístula pancreático-pleural^{6,7}. Las secuencias fuertemente potenciadas en T₂ con supresión grasa producen imágenes en las cuales los líquidos estáticos son hiperintensos contra un fondo en el que la señal está suprimida. Las imágenes en el plano coronal oblicuo demuestran las fístulas que se extienden desde el páncreas hacia la cavidad pleural.

Las medidas conservadoras basadas en la nutrición parenteral, junto con somatostatina u octreótida al menos durante 3 o 4 semanas, son de utilidad en el 40-60% de los casos^{8,9}. El pronóstico depende del grado de afectación secundaria debida a la pancreatitis crónica. La colocación de una endoprótesis (generalmente de unos 10 cm de longitud y un calibre de 7F)

en la zona de afectación del conducto pancreático principal, junto a la CPRE, es un método seguro y efectivo en el tratamiento de las fístulas pancreáticas ya que evita la intervención quirúrgica y reduce la estancia hospitalaria¹⁰.

Julio Noval Menéndez,
Francisco Javier Nuño Mateo,
Yolanda García Alonso^a y Pilar Rico López^b

Servicios de Medicina Interna, ^aRadiología y ^bMedicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Cabueñes. Gijón.

1. Anderson WJ, Skinner DB, Zividema GD, Cameron JL. Chronic pancreatic pleural effusions. *Surgery Gynecol Obstet* 1973; 137: 827-830.
2. Sankaran S, Walt A. The natural and unnatural history of pancreatic pseudocysts. *Br J Surg* 1973; 62: 37-44.
3. Molinero JL, Moitinho E, Font MC, Cirera I, Navarro S, Rodríguez Roisin R et al. Derrame pleural masivosecundario a fístula pancreático-pleural como primera manifestación de una pancreatitis crónica. *Med Clin (Barc)* 1997; 109 (6): 222-224.
4. Rockey DC, Cello JP. Pancreaticopleural fistula. Report of 7 patients and review of the literature. *Medicine (Baltimore)* 1990; 69 (6): 332-344.
5. Barish MA, Yucel EK, Ferrucci JT. Magnetic resonance cholangiopancreatography. *N Engl J Med* 1999; 341: 258-264.
6. Materne R, Vranckx P, Pauls C, Coche E E, Deprez P, Van Beers BE. Pancreaticopleural fistula. Diagnosis with magnetic resonance pancreatography. *Chest* 2000; 117: 912-914.
7. Barish MA, Soto JA. MR cholangiopancreatography. Techniques and clinical applications. *Am J Roentgenol* 1997; 169: 1295-1303.
8. Dewan N, Kinney W, O'Donohue WJ. Chronic massive pancreatic pleural effusion. *Chest* 1984; 85: 497-501.
9. Prinz RA, Pickleman J, Hoffman JP. Treatment of pancreatic cutaneous fistulas with a somatostatin analogue. *Am J Surg* 1988; 152: 36-42.
10. Saeed ZA, Ramirez FC, Hepps KS. Endoscopic stent placement for internal and external pancreatic fistulas. *Gastroenterology* 1993; 105: 1213-1217.

Paquimeningitis focal como forma de presentación de granulomatosis de Wegener

Sr. Editor: La afección meníngea por granulomatosis de Wegener (GW) es una situación clínica infrecuente cuya incidencia ha disminuido en los últimos años de forma paralela al incremento de la eficacia terapéutica. Habitualmente se presenta en estadios avanzados de la enfermedad en forma de paquimeningitis focal o difusa. Describimos uno de los excepcionales casos en los que la meningitis representa el inicio de la GW.

Mujer de 52 años que consultó por cefalea holocraneal opresiva, otorrea, sensación vertiginosa, febrícula y síndrome constitucional en los dos últimos meses. Al ingreso se apreciaron temperatura de 37,7 °C, alteración de la dinámica de la marcha y paresia facial periférica izquierda. En la analítica se objetivaron anemia hipocroma, hiposideremia, leucocitosis con neutrofilia y VSG de 88 mm/h. El examen básico de orina y la radiografía de tórax fueron normales. La tomografía computarizada craneal (TC) con contraste y la resonancia magnética (RM) cerebral evidenciaron engrosamiento de la paquimeninge de la convexidad cerebral y el hemisferio cerebeloso izquierdos, incluyendo el tentorio. En una punción lumbar se apreció glucorraquia de 71 mg/dl (glucemia 130 mg/dl), así como proteinorraquia de 1,69 g/l y 16 células/μl (95% de linfocitos, 5% de monocitos), con serología de VDRL, examen citológico, cultivo y baciloscopia negativos o

Fig. 1. Colangiografía por resonancia magnética; SQ: pseudoquiste; +: fístula a pleura.