



REVISTA DE
PATOLOGÍA RESPIRATORIA

www.elsevier.es/pr



IMAGEN DEL MES

Derrame pleural masivo secundario a pseudoquiste pancreático

M. B. Salinas Lasa, I. Iturbe Susilla*, L. F. Díaz Urquiza, M. E. Ponce Sánchez, V. Bustamante Madariaga y J. A. Crespo Notario

Departamento de Neumología, Hospital de Basurto, Bilbao, España.

Recibido el 5 de abril de 2011; aceptado el 18 de abril de 2011

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 40 años, fumador activo de 30 paquetes al año, no bebedor, con antecedentes de displasia mamaria en su juventud, prostatitis crónica y dolores lumbares diagnosticados de cólicos nefríticos.

Acudió al Servicio de Urgencias por una disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos y dolor en hemitórax izquierdo de características pleuríticas.

En la auscultación pulmonar destacaba la abolición del murmullo vesicular en el hemitórax izquierdo, con disminución de la transmisión de vibraciones vocales. La exploración abdominal era normal.

En la analítica se observó una discreta leucocitosis con predominio de neutrófilos y elevación de la amilase (amilasa 145 UI); el resto de parámetros eran normales.

En la radiografía de tórax se observaba un derrame pleural izquierdo que ocupaba dos tercios partes de dicho hemitórax.

Se realizó una toracocentesis diagnóstica y evacuadora, obteniéndose un líquido con características de exudado con proteínas de 4,6 g/dl, lactatodeshidrogenasa (LDH) 407, adenosindesaminasa (ADA) 34 U/l y amilasa de 83.400 UI.

En la tomografía computarizada (TC) toraco-abdominal (figs. 1, 2 y 3) se observó un gran derrame pleural izquierdo y la existencia de una colección de 10 x 5 cm situada en cola pancreática que se extendía hasta contactar con la pared gástrica y el hemidiafragma izquierdo. Se apreciaron también calcificaciones pancreáticas, siendo por lo demás el cuerpo, la cabeza y el proceso uncinado pancreáticos normales. La vesícula y la vía biliar no presentaban alteraciones.



Figura 1 Reconstrucción coronal de tomografía computarizada (TC) toraco-abdominal con contraste oral e intravenoso. Inmediatamente por debajo del hemidiafragma izquierdo se identifica una colección (flecha) adyacente al bazo, que se corresponde con un pseudoquiste en la cola del páncreas. Derrame pleural izquierdo asociado (*).

Se colocó un drenaje pleural y, ante la persistencia del derrame pleural y tras contactar con el servicio de cirugía general, se realizó una pancreatectomía distal con cierre de la comunicación pleural (anatomía patológica:

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: igor.iturbesusa@osakidetza.net



Figura 2 Reconstrucción sagital curva de tomografía computarizada (TC) tóraco-abdominal con contraste oral e intravenoso. Colección (C) en cola pancreática (P) que se extiende cranealmente hasta contactar con el hemidiafragma izquierdo (flecha). En la cola pancreática se aprecia alguna calcificación grosera en relación con pancreatitis crónica. Derrame pleural izquierdo (*).

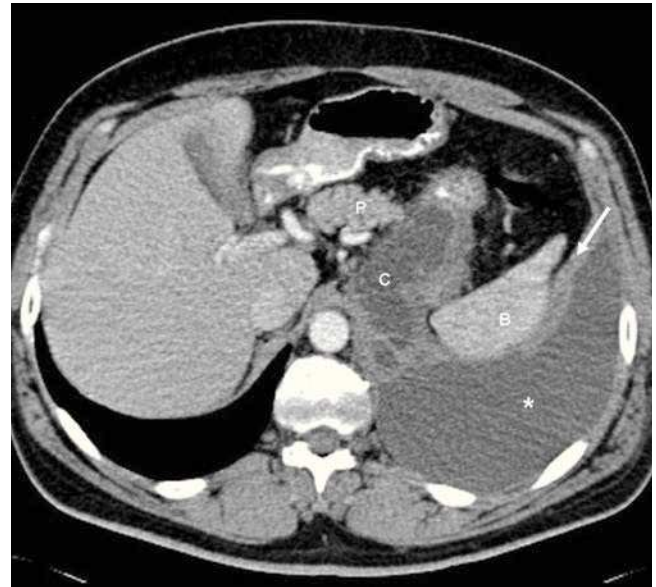


Figura 3 Imagen axial de tomografía computarizada (TC) tóraco-abdominal con contraste oral e intravenoso. Se identifica la colección (C) entre el bazo (B) y el páncreas (P) en inmediata relación con el hemidiafragma izquierdo (flecha). Derrame pleural izquierdo (*).

pancreatitis crónica escleroatrófica con litiasis y pseudoquiste).

La evolución posterior fue favorable y el paciente recibió el alta a las dos semanas del ingreso.

Discusión

El derrame pleural pancreático se define como la acumulación de líquido con contenido de secreciones pancreáticas en la cavidad pleural. La etiología más frecuente es la fístula pancreatopleural asociada o no a un pseudoquiste pancreático. Éste se define como una colección de jugo pancreático, más o menos puro, bien delimitado por una pared de tejido de granulación o fibrótico que aparece como consecuencia de un episodio de pancreatitis aguda, un traumatismo pancreático o una pancreatitis crónica¹. Aproximadamente un 10-20% de los pacientes con pancreatitis aguda desarrollan un pseudoquiste². El mecanismo de producción más probable es la destrucción inicial, con posterior dilatación quística del conductillo pancreático y la consiguiente formación de un pseudoquiste³.

De forma habitual, los enfermos con derrame pleural pancreático tienen síntomas respiratorios secundarios a la ocupación de la cavidad pleural por el derrame y, aunque el origen del mismo es la afección pancreática, no es infrecuente la ausencia de síntomas digestivos⁴.

La disnea, de instauración subaguda y progresiva, es el síntoma más común. También puede provocar dolor torácico de características pleuríticas. En raras ocasiones, como sucedía en este caso, el paciente no tiene antecedentes de enfermedad pancreática y el derrame pleural constituye la primera manifestación de la pancreatitis crónica⁵.

El diagnóstico, cuando se sospecha, es sencillo y se basa en el hallazgo de un exudado pleural rico en proteínas y con concentraciones elevadas de amilasa y lipasa, que son enzimas específicas del páncreas. La demostración del pseudoquiste mediante una técnica de imagen confirma el diagnóstico.

El tratamiento del derrame pleural pancreático puede requerir la colocación de un tubo de drenaje pleural. En el caso que se presenta, en el que existía una fístula pancreato-pleural, cuando fracasa el tratamiento médico, pueden valorarse otras alternativas como la cirugía o el drenaje del pseudoquiste por ecoendoscopia digestiva.

Bibliografía

1. Bradley EL 3rd. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis, Atlanta, Ga, September 11 through 13, 1992. Arch Surg. 1993;128:586-90.
2. Azpiroz V, Puig V. Quistes pancreáticos, pseudoquiste, absceso y fístula peritoneal o pleural. En: Vilardell F, editor. Enfermedades digestivas. 2ª ed. [vol. 2]. Madrid: Aula Médica; 1998. p. 1507-15.
3. Godil A, Chen YK. Endoscopic management of benign pancreatic disease. Pancreas. 2000;20:1-13.
4. Wakefield S, Tutty B, Britton J. Pancreaticopleural fistula: a rare complication of chronic pancreatitis. Postgrad Med J. 1996;72:115-6.
5. Molinuevo JL, Moitinho E, Font MC, Cirera I, Navarro S, Rodríguez Roisina R, et al. Derrame pleural masivo secundario a una fístula pancreatopleural como primera manifestación de una pancreatitis crónica. Descripción de tres casos. Med Clin (Barc). 1997;109:222-4.