

---

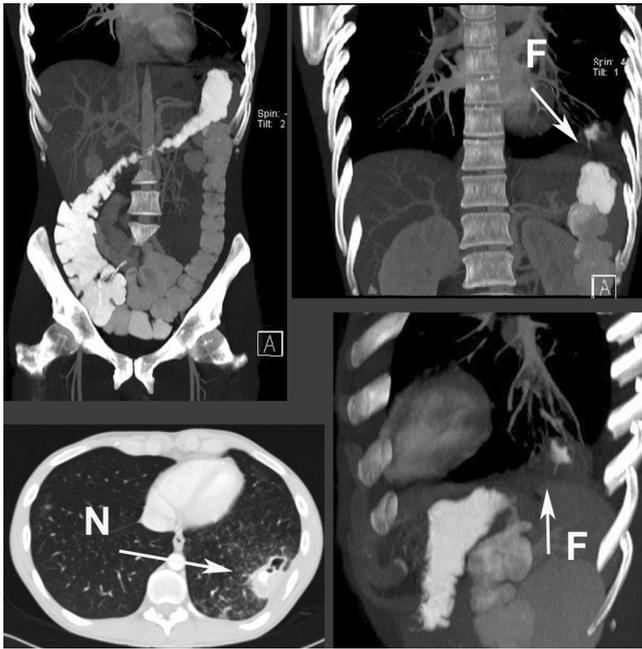
## **Resolución laparoscópica de fístula colobronquial secundaria a enfermedad de Crohn: una rara complicación tratada mediante una nueva vía de abordaje**

### **Laparoscopic resection of a colobronchial fistula in a patient with Crohn's disease; a rare complication treated using a new approach**

---

Las fístulas secundarias a enfermedad de Crohn se presentan en torno al 33% de los pacientes afectados de esta enfermedad, y las más frecuentes son las enteroentéricas y enterocutáneas<sup>1,2</sup>. La presentación de una fístula enterobronquial es un hecho raro y referido en la literatura en muy contadas ocasiones<sup>1-5</sup>.

Presentamos un varón de 28 años, fumador y bebedor importante, que consulta por neumonía basal izquierda, de varios meses de evolución, resistente a tratamiento antibiótico. Se acompañaba de diarrea y pérdida de peso, sin clínica digestiva previa. El diagnóstico de fístula colobronquial se sospechó tras los hallazgos macroscópicos en el esputo (de



**Fig. 1 – Reconstrucción 3D de tomografía computarizada toracoabdominal. F: trayecto fistuloso. N: neumonía cavitada.**

aspecto fecaloideo) y cultivos positivos para *Escherichia coli* y *Proteus mirabilis*; mediante tomografía computarizada toracoabdominal con doble contraste se confirmó una comunicación fistulosa única entre el ángulo esplénico del colon y el bronquio inferior del pulmón izquierdo, donde se apreciaba neumonía tabicada (fig. 1), sin sospecha etiológica previa. Ante estos hallazgos se decide tratamiento quirúrgico; se propone realizar colectomía segmentaria laparoscópica, resección del trayecto fistuloso y desbridamiento del empiema pulmonar por videotoracosopia, ante la importante afectación del lóbulo inferior izquierdo.

Intervención quirúrgica: para la colectomía segmentaria laparoscópica, colocamos al paciente en posición francesa con el cirujano situado entre las piernas. Se utilizaron 4 trocares, y se inició el neumoperitoneo con trocar de Hasson supraumbilical. El abordaje del ángulo esplénico del colon fue dificultoso debido a la presencia de adherencias periesplénicas y diafragmáticas. Se localizó y resecó el trayecto fistuloso y el segmento de colon afectado, y se reconstruyó el tránsito intestinal mediante anastomosis colocólica, extracorpórea laterolateral mecánica. El tiempo torácico se inició por videotoracosopia, y se convirtió a minitoracotomía ante las severas adherencias intratorácicas; se realizó liberación del trayecto fistuloso y resección mecánica atípica en cuña de la

zona pulmonar afectada. Asimismo, se realizó resección del diafragma afectado por la fístula y sutura primaria de éste.

El informe anatomopatológico fue de enfermedad de Crohn, que no se había sospechado previamente. En el postoperatorio el paciente presentó un absceso subfrénico izquierdo que se drenó percutáneamente. Se inició la ingesta oral al tercer día y el paciente fue dado de alta al duodécimo día postoperatorio.

La fístula colobronquial es una presentación rara de la enfermedad de Crohn y se puede presentar como neumonía crónica resistente al tratamiento, si bien en los artículos encontrados en la literatura ésta no fue la primera manifestación de la enfermedad inflamatoria intestinal, como ocurrió en el paciente que presentamos<sup>1-5</sup>. El aspecto y el análisis del esputo pueden ser sospechosos<sup>4,5</sup>. La fístula colobronquial y el feconemotórax, consecuencia de ella, pueden poner en riesgo la vida del paciente por lo que el tratamiento quirúrgico debe realizarse tan pronto como se llegue a un diagnóstico<sup>2</sup>. El abordaje laparoscópico de esta enfermedad, aunque complejo, es posible y, a nuestro conocimiento, es el primer caso que se publica en el que se ha llevado a cabo por esta vía.

#### B I B L I O G R A F Í A

1. Singh D, Cole JC, Cali RL, Finical EJ, Proctor DD. Colobronchial fistula: an unusual complication of Crohn's disease. *Am J Gastroenterol.* 1994;89:2250-2.
2. Barisiae G, Krivokapiae Z, Adziae T, Pavloviae A, Popoviae M, Gojniae M. Fecopneumothorax and colopleural fistula – uncommon complications of Crohn's disease. *BMC Gastroenterol.* 2006;6:17.
3. Karmy-Jones R, Chagpar A, Vallieres E, Hamilton S. Colobronchial fistula due to Crohn's disease. *Ann Thorac Surg.* 1995;60:446-8.
4. Domej W, Kullnig P, Petritsch W, Melisch B, Schaflinger E, Smolle-Jüttner FM, et al. Colobronchial fistula: a rare complication of Crohn's colitis. *Am Rev Respir Dis.* 1990;142:1225-7.
5. Mera A, Sugimoto M, Fukuda K, Tanaka F, Imamura F, Matsuda M, et al. Crohn's disease associated with colobronchial fistula. *Intern Med.* 1996;35:957-60.

Manuel Lozano<sup>a,\*</sup>, Ernesto Toscano<sup>a</sup>, Pablo Moreno de la Santa<sup>b</sup>, Araceli Varela<sup>a</sup> y Laura González<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Povisa Hospital, Vigo, Pontevedra, España

<sup>b</sup>Servicio de Cirugía Torácica, Povisa Hospital, Vigo, Pontevedra, España

<sup>c</sup>Servicio de Medicina Interna, Povisa Hospital, Vigo, Pontevedra, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mlgcge@hotmail.com (M. Lozano Gómez).

Recibido el 4 de febrero de 2008 y aceptado el 21 de abril de 2008.