

## Derrame pleural recidivante secundario a fístulas pancreático-pleurales, complicado con empiema pleural. A propósito de un caso

María Palacios-Milán<sup>1</sup>, Felipe Blasco-Patiño<sup>1</sup>, Yésica Sánchez-Martínez<sup>1</sup>, Beatriz Martínez-Antón<sup>2</sup>, Julio César Blázquez-Encinar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Torrevieja. Torrevieja (Alicante). España

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Digestiva. Hospital Universitario de Torrevieja. Torrevieja (Alicante). España

Recibido: 03/06/2018

Aceptado: 02/07/2018

En línea: 31/08/2018

Citar como: Palacios-Milán M, Blasco-Patiño F, Sánchez-Martínez Y, Martínez-Antón B, Blázquez-Encinar JC. Derrame pleural recidivante secundario a fístulas pancreático-pleurales, complicado con empiema pleural. A propósito de un caso. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2018 (Ago); 3(2): 62-63.

Autor para correspondencia: María Palacios-Milán. [mpalacios@torrevieja-salud.com](mailto:mpalacios@torrevieja-salud.com)

### Palabras clave

- ▷ Fístula pancreático-pleural
- ▷ Derrame pleural
- ▷ Pancreatitis
- ▷ Empiema pleural

### Keywords

- ▷ Pancreatic-pleural fistule
- ▷ Pleural effusion
- ▷ Pancreatitis
- ▷ Pleural empyema

### Resumen

El derrame pleural masivo de origen pancreático es una rara complicación de la pancreatitis que se debe generalmente a una fístula pancreático-pleural. Dentro de lo infrecuente de esta entidad, aún lo es más que el cuadro recidive en el lado contralateral y que además, como sucede en nuestro caso, se complique con una sobreinfección por *Escherichia coli* proveniente del tracto digestivo originando un empiema pleural.

### Abstract

Massive pleural effusion of pancreatic origin is a rare complication of pancreatitis that is usually due to a pancreatic-pleural fistula. Within the infrequent of this entity, even what is more than the recurrent picture on the contralateral side and also, as in our case, is complemented by a superinfection by *Escherichia coli* from the digestive tract originating a pleural empyema.

### Puntos destacados

- ▷ El empiema pleural es una rara complicación de las fístulas pancreático-pleurales, pero conviene estar atentos a su posible aparición, que modificaría sustancialmente pronóstico y tratamiento.

## Caso clínico

Mujer de 30 años con importante hábito alcohólico y tabáquico, y antecedente de pancreatitis crónica tóxica con pseudoquistes y ascitis que acude a Urgencias por cuadro de una semana de disnea progresiva acompañado de dolor pleurítico en costado derecho. Estaba afebril y saturando al 95% con oxígeno ambiente. La auscultación pulmonar revelaba una hipoventilación del hemitórax derecho. El abdomen no mostraba ascitis.

Entre los datos analíticos, destacaba leucocitosis con aumento de PCR y amilasa de 325 UI/l, y en la radiografía de tórax se apreciaba velamiento del hemitórax derecho. El líquido pleural era turbio, con amilasa de 21.000 UI/l. Los marcadores tumorales, ADA, ANA, cultivo y citología resultaron negativos. Se realizó tomografía axial computarizada (TAC) toracoabdominal (**Figura 1**) que confirmaba el derrame pleural derecho con desplazamiento mediastínico con-

tralateral y varias lesiones quísticas pancreáticas en relación con pseudoquistes, uno de ellos aumentado de tamaño y en contacto con la cavidad pleural a través de un trayecto fistuloso. Sin embargo, no se visualizó en la colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) ninguna comunicación con el conducto pancreático. Se realizó toracocentesis evacuadora y una pleurodesis con talcaje del mismo, se inició dieta absoluta con aporte energético parenteral y octeotride subcutáneo cada 8 horas. Tras mejoría clínica, la paciente fue dada de alta con dieta pancreática y octeotride hasta revisión en consultas.

Al cabo de un año, ingresó por fiebre y leucocitosis. Se realizó TAC de abdomen (**Figura 2**) que evidenció una colección subfrénica izquierda de 13 cm que contactaba con la cola pancreática y que ejercía efecto masa sobre el fondo gástrico y bazo, compatible con pseudoquiste pancreático. Tras desestimarse drenaje endoscópico por interposición del bazo, se realizó un drenaje percutáneo con catéter 6 Fr y salida de 1.200 ml de líquido. Aunque los cultivos resultaron negativos, la paciente respondió al antibiótico empírico. A los 10 días se retiró el drenaje y, ante la alta sospecha de fístula pancreático-pleural (FPP), se solicitó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), que mostraba un conducto pancreático irregular con áreas estenóticas y dilatadas de aspecto arrosariado de 8 mm a nivel del cuerpo distal. Se realizó una esfinterotomía pancreática y se colocó una prótesis plástica de 5 cm x 5 Fr en el conducto.



**Figura 1.** Derrame pleural derecho con desplazamiento mediastínico contralateral e inferior del hígado

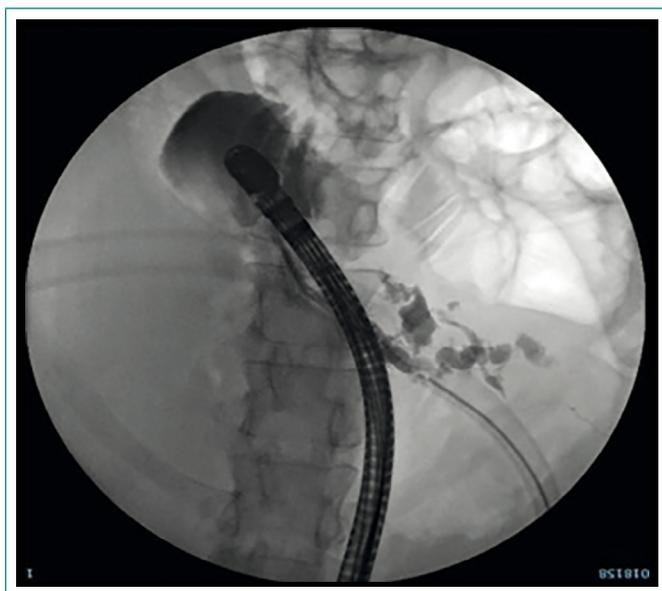


**Figura 2.** Derrame pleural izquierdo con colección subfrénica izquierda compatible con pseudoquiste pancreático

Sin embargo, a los 3 meses ingresó de nuevo por derrame pleural, en esta ocasión izquierdo, con una amilasa en el líquido de 100.500 UI/l, leucocitos 66.300 mm<sup>3</sup> y 70% de PMN, compatible con empiema pleural por *Escherichia coli*. Preciso drenaje pleural, antibiótico, somatostatina y recambio de la prótesis por una Flexima® de 10 cm x 7 Fr, confirmándose mediante CPRE la disrupción del conducto de Wirsung a nivel del cuerpo distal y la FPP (Figura 3). Actualmente, está sin clínica respiratoria ni evidencia de derrame, respondiendo de forma satisfactoria al tratamiento conservador.

## Discusión y conclusiones

El derrame pleural masivo es una rara complicación pancreática que se debe generalmente a una FPP<sup>1</sup> y que puede ser secundaria a pancreatitis aguda o



**Figura 3.** Disrupción del conducto de Wirsung a nivel del cuerpo distal y fístula pancreático-pleural mediante colangiopancreatografía

crónica, aunque la mayoría se producen en el contexto de pancreatitis crónicas alcohólicas<sup>2</sup>; otras causas son los cálculos biliares, los traumatismos y la pancreatitis idiopática<sup>1,3</sup>. El mecanismo de origen de la fístula suele ser la ruptura de un conducto o pseudoquiste pancreático; se estima que sólo el 0,4-1% de pseudoquistes sobre pancreatitis crónica desarrollará una FPP<sup>4,5</sup>. Hay un retraso en el diagnóstico debido al predominio de síntomas respiratorios<sup>3</sup>. La CPRM parece ser tan buen método diagnóstico como la CPRE, reservando esta última para casos dudosos o con fines terapéuticos<sup>2</sup>. La mayoría de pacientes responden al tratamiento médico y endoscópico, siendo excepcional la necesidad de recurrir a la cirugía<sup>1</sup>.

Hasta la fecha, hemos recogido en la literatura un único caso de empiema sobre FPP<sup>1</sup>, ya que la aparición de empiema sobre estas colecciones es excepcional y, como en nuestro caso, apareció tras la realización de la CPRE, pudiendo ser éste el factor desencadenante, además de asociarse a una probable sobreinfección de la prótesis biliar.

## Bibliografía

1. Kutz M, Irisarri R, Vila C, et al. Derrame pleural secundario a fístula pancreático-pleural, pospancreatitis aguda. *Gastroenterol Hepatol.* 2012; 35(2): 70-73.
2. Zubiaurre L, Oyarzabal I, Beguiristain A, et al. Fístula pancreaticopleural: pruebas diagnósticas y tratamiento. *Cir Esp* 2005; 77: 359-361.
3. Ali T, Srinivasan N, Le V, Chimpiri AR, Tierney WM. Pancreaticopleural fistula. *Pancreas.* 2009; 38: e26-e31.
4. Sut M, Gray R, Ramachandran M, Diamond T. Pancreaticopleural fistula: a rare complication of ERCP-induce pancreatitis. *Ulster Med J.* 2009; 78: 185-186.
5. Lipovestky F, Velásquez C, Garay A, et al. Fístula pancreático-pleural. Una causa poco frecuente de derrame pleural. *Rev Arg Med* 2016; 4(10): 98-101.