

## Cartas al Director

### Comunicación pancreático-pleural secundaria a pseudoquiste pancreático. Una complicación de evolución variable

*Palabras clave:* Comunicación pancreático-pleural. Pseudoquiste pancreático

*Key words:* Pancreatic-pleural communication. Pancreatic pseudocyst.

*Sr. Director:*

La comunicación pancreático-pleural es una situación infrecuente que ocurre en el 0,4-1% de los pseudoquistes pancreáticos. Su presentación clínica puede ser poco aparente y su evolución de gravedad variable.

A pesar de esta incidencia, Zubiaurre y cols. reconocen 40 referencias en la literatura anglosajona el año 2005 (1). El año 1992, Uchiyama (2), reconocía 113 referencias en la literatura japonesa.

Presentamos un caso de comunicación pancreático-pleural secundaria a pseudoquiste sobre pancreatitis crónica alcohólica. Su presentación clínica correspondió a derrame pleural bilateral y dolor epigástrico. La evolución clínica fue tortuosa, con gran dificultad para controlar efectivamente el derrame pleural y la insuficiencia respiratoria. La resolución definitiva del cuadro se logró tras la realización de una cistogastrostomía.

En cualquier caso, suele ser la rotura del conducto pancreático o del propio pseudoquiste la causa primaria de la extravasación del líquido pancreático y su posterior tránsito a la pleura. La presencia de grandes niveles de amilasa en el líquido drenado es patognomónica de esta complicación, muchas veces asociada a un aspecto oscuro o hemorrágico del mismo (3,4).

### Caso clínico

Varón de 47 años de edad con antecedente de tabaquismo y alcoholismo que ingresa por dolor abdominal agudo y diagnóstico de pseudoquiste en cabeza pancreática sobre pancreatitis crónica alcohólica (Fig. 1). Amilasemia normal. Tras tratamiento sintomático, el paciente presenta disnea progresiva y derrame pleural derecho que mejora tras drenaje pleural (Fig. 1). Una colangio-RM verifica el diagnóstico y revela un aumento del volumen del pseudoquiste con probable punto de comunicación entre ducto pancreático y pseudoquiste. Posteriormente, el paciente presenta aumento del dolor abdominal y empeoramiento de su disnea, consecuencia de la rotura del pseudoquiste y difusión a cavidad pleural izquierda a través de hiato esofágico. Se realizó drenaje pleural, evidenciándose líquido pleural

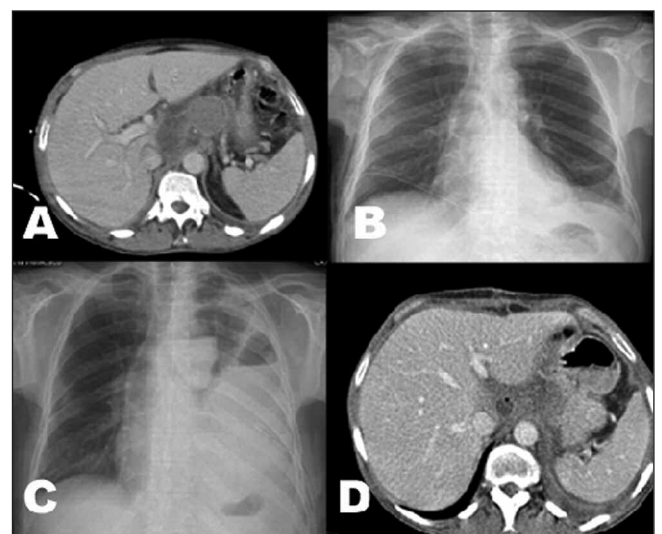


Fig. 1. Evolución radiológica. A: Pseudoquiste pancreático bifobulado al inicio del cuadro. B: Drenaje de derrame pleural; derrame izquierdo en evolución. C: Derrame pleural izquierdo complicado persistente a pesar de drenaje pleural. D: Involución del pseudoquiste tras cistogastrostomía: su diámetro se ha reducido a 2 cm.

de características hemorrágicas, compatible con comunicación pancreático-pleural. Tras una mejoría inicial, el paciente presenta una progresión de su disnea y recurrencia del derrame, realizándose un tercer drenaje pleural y pleurodesis (Fig. 1). Tras la mejoría del cuadro se decide tratamiento quirúrgico definitivo del pseudoquiste.

A los 25 días de su ingreso el paciente es intervenido, realizándose una cistogastrotomía a cara posterior gástrica con mejoría definitiva y reducción del pseudoquiste (Fig. 1).

## Discusión

En general, la comunicación pancreático-pleural se refiere a la difusión pleural uni o bilateral secundaria a la extravasación de líquido pancreático a la cavidad abdominal (1-5). La fístula pancreático-pleural propiamente dicha se correspondería a un trayecto organizado resultante del paso de líquido pancreático hacia la cavidad pleural.

En caso de pseudoquistes sobre pancreatitis crónica, solo el 0,4-1% desarrollará una comunicación pancreático-pleural, frecuentemente con predominio de la sintomatología respiratoria sobre la digestiva ya que no suele existir brote pancreático agudo ni hiperamilasemia.

En principio, el tratamiento del pseudoquiste complicado con derrame pleural puede ser conservador, reservando la cirugía al fracaso del mismo. Los métodos conservadores incluyen: dieta absoluta, nutrición parenteral total, octreótido, drenaje endoscópico transpapilar, cisto-gastrotomía y duodeno-cistostomía endoscópicas, y drenaje percutáneo. En caso de persistencia del derrame, el simple drenaje pleural puede ser resolutivo (3-5) pero, dada la frecuente persistencia y recidivancia de esta complicación, no es infrecuente la indicación de procedimientos más agresivos. En nuestro caso, la coyuntural imposibilidad de disponer de la técnica de drenaje endoscópico transpapilar en nuestra área sanitaria, sumado a la tórpida evolución del proceso, conllevó la indicación de toracotomía, pleurodesis y posterior cistogastrotomía quirúrgica. Aunque el tratamiento quirúrgico es la opción terapéutica más definitiva, una correcta selección de los pacientes puede permitir la indicación efectiva de otros tratamientos menos agresivos (6). La disposición de técnicas de drenaje endoscópico, aunque no exentas de riesgos, puede evitar la agresión quirúrgica, reservando esta para casos

más evolucionados o complicaciones de las técnicas conservadoras.

El derrame pleural no es un diagnóstico específico en sí y su presencia en pacientes con antecedentes de alcoholismo, pancreatitis aguda o crónica, puede sugerir la posibilidad diagnóstica de pseudoquiste pancreático complicado y una eventual mala evolución del proceso (5). El estudio diagnóstico está dirigido al reconocimiento de las vías de comunicación entre páncreas y cavidad pleural y la topografía de las lesiones, con el fin de adoptar una correcta actitud terapéutica y un adecuado control evolutivo. La estancia hospitalaria de estos pacientes puede ser prolongada (5).

M. Iribarren Díaz, G. de Castro Parga, P. Díaz Cardamas,  
G. Freiría Barreiro, L. Pérez Domínguez, A. Rivo Vázquez y  
P. Gil Gil

*Unidad de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI). Pontevedra*

## Bibliografía

1. Zubiaurre L, Oyarzabal I, Beguiristain A, Amato E, Zapata E, Salvador P. Pancreaticopleural fistula: diagnostic tests and treatment. *Cir Esp* 2005; 77(6): 359-61.
2. Uchiyama T, Suzuki T, Adachi A, Hiraki S, Itizuka N. Pancreatic pleural effusion: case report and review of 113 cases in Japan. *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 387-91.
3. 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(6): 222-4.
4. Marruecos Sant L, Net Caste A, Alegret Bardí X, Pérez Martínez C, Farré Viladrich A, Lluís Casajuana F, et al. Insuficiencia respiratoria en la pancreatitis aguda. *Med Clin(Barc)* 1992; 98(18): 695-8.
5. Kaman L, Behera A, Singh R, Katariya RN. Internal pancreatic fistulas with pancreatic ascites and pancreatic pleural effusions: Recognition and management. *ANZ Journal of Surgery* 2001; 7(4): 221-5.
6. Kumar Bhasin D, Singh Rana S, Siyad I, Poddar U, Ram Thapa B, Kant Sinha S, et al. Endoscopic transpapillary nasopancreatic drainage alone to treat pancreatic ascites and pleural. *J Gastroenterol Hepatol* 2006; 21(6): 1059.