

Imagen clínica

Fístula pancreato-torácica, una inusual complicación de la pancreatitis



Pancreatic-Thoracic Fistula. An Unusual Complication of Pancreatitis

Nuria Alonso Ordás*, Helena Gómez Herrero y Lesly Ortega Molina

Servicio de Radiología, Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona, Navarra, España

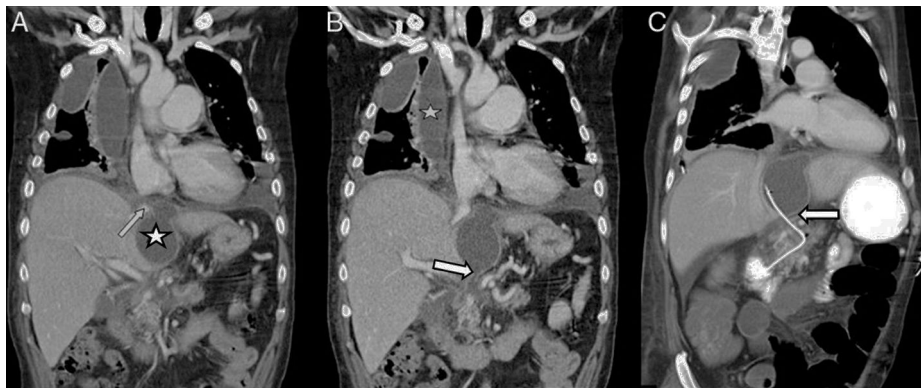


Figura 1. A y B) Reconstrucciones coronales de la TC en paciente de 47 años con antecedente de pancreatitis crónica complicada con fístula pancreato-torácica. La TC muestra un derrame pleural loculado (estrella en B) con comunicación (flecha en A) con el pseudoquiste (estrella en A) que a su vez conecta con el Wirsung (flecha en B). C) La TC de control realizada a los 12 días, tras CPRE con colocación de prótesis (flecha en C) que drena el pseudoquiste y la colección pleural a través del Wirsung a duodeno.

Paciente varón de 47 años con antecedente de pancreatitis crónica con pseudoquiste pancreático que ingresa por cuadro constitucional, vómitos, fiebre y dolor torácico pleurítico. En la TC observamos derrame pleural bilateral loculado con un trayecto fistuloso transdiafragmático entre el pseudoquiste y el conducto pancreático y una colección paramediastínica derecha (fig. 1).

El paciente presenta insuficiencia respiratoria progresiva con traslado a la UCI.

Tras los hallazgos se colocan tubos de drenaje pleural bilaterales obteniéndose líquido con citología inflamatoria aguda y amilasa elevada. Se coloca una prótesis pancreática por CPRE (fig. 1).

El paciente presenta mejoría clínica y radiológica tras los procedimientos.

Las complicaciones torácicas de las pancreatitis son infrecuentes (15-50%). La más frecuente es la neumonía con derrame pleural. Más raras son el pseudoquiste con extensión mediastínica, la fístula pancreato-torácica y la mediastinitis.

La fístula pancreático pleural (0,4%) es una comunicación anómala entre el conducto pancreático y la pleura, más frecuente secundaria a pancreatitis crónica enólica y debe sospecharse ante un derrame pleural voluminoso (sobre todo izquierdo) persistente con amilasa elevada. La demostración de la fístula se realiza por TC, RM o endoscopia^{1,2}.

El tratamiento incluye control del derrame, inhibición de la secreción pancreática y aislamiento de la fístula vía endoscópica o cirugía.

Bibliografía

1. Ayuso-Velasco R, García-Barajas S, García-Sáez M. Mediastinitis secundaria a una pancreatitis aguda. Arch Bronconeumol. 2011;47:318-21.
2. Fulcher AS, Capps GW, Turner MA. Thoracopancreatic fistula: Clinical and imaging findings. J Comput Assist Tomogr. 1999;23:181-7.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: oroel10@gmail.com (N. Alonso Ordás).