

2. Nincheri MK, Evaristi L, Pera M, Veneroso A, Cozzani R, Caliendo L. Splenic rupture in chronic pancreatitis. A clinical case. *Minerva Chir.* 1994;49:107-13.
3. O'Malley VP, Cannon JP, Postie RG. Pancreatic pseudocysts: Cause, therapy, and results. *Am J Surg.* 1985;150:680.
4. Perera S, García HA. *Cirugía de Urgencia.* 2 ed. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina; 2006;19:257-61.
5. Bergman S, Melvin WS. Operative and nonoperative management of pancreatic pseudocysts. *Surg Clin North Am.* 2007;87:1447.
6. Cannon WJ, Callery MP, Vollmer CM. Diagnosis and management of pancreatic pseudocysts: What is the evidence? *J Am Coll Surg.* 2009;209:385-93.
7. Merson L, Lelias A, Morel N, Dabadie P. Spontaneous rupture of the spleen as a rare complication of chronic calcifying pancreatitis. *Ann Fran Anesth Rea.* 2007;26:1067-9.
8. Rhee S, Yezen S, Imber C. Spontaneous rupture of the spleen: A rare but important differential of an acute abdomen. *Am J Emer Med.* 2008;26: 733e5-733e6.
9. Clarke PJ, Morris PJ. *Oxford textbook of surgery.* 2 ed. Editor Oxford University Press (ISBN: 0-19-262884-4). 2000; 43.1:1909-15.
10. Sahel J, Laugier R, Sarles JC. *L'Encyclopédie-Médico-Chirurgicale (hépatogastroenterologie).* Elsevier SAS; 2006. 7-108-A-10.

Homero Beltrán Herrera^{a,*}, José Bueno Lledó^a, Soledad Carceller Navarro^a, Aldo Suárez Soto^b y Manuel De Juan Burgueño^a

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

^bServicio de Cirugía Máxilo Facial, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: homerobel@hotmail.com (H. Beltrán Herrera).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2009 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.03.015

Fístula colopleural con fecaloneumotórax. Etiología muy infrecuente de patología pleural infecciosa

Colopleural fistula with faecal pneumothorax. A very uncommon aetiology of an infectious pleural disease

El fecalotórax es una forma de presentación de empiema poco frecuente, se produce debido a una solución de continuidad o fístula entre el tracto gastrointestinal y la cavidad pleural¹. Estas fístulas normalmente son adquiridas o secundarias, a patología maligna (neoplasia de tracto gastrointestinal)², a traumatismos³ o bien a patología benigna como la enfermedad de Crohn o diverticulitis^{4,5}. Presentamos 2 casos de fecalotórax por fístula colopleural secundarias tanto a patología maligna como adquirida postraumática.

Primer caso

Paciente varón de 41 años con antecedentes de enolismo y síndrome depresivo, traído a nuestro centro por intento de autólisis con sobreingesta de barbitúricos y posterior lesión por arma blanca sumergida con sulfumán. A su llegada se mantenía hemodinámicamente estable, afebril con buen estado general, consciente y orientado. Se objetivaron 2 heridas incisas a nivel de últimos cartílagos costales izquierdos de poca profundidad sin alteraciones a destacar en el resto de la exploración física, abdomen anodino. En el control radiológico torácico no se evidenció lesiones pleuroparenquimatosas agudas y el hemograma, coagulación y

bioquímica general fue normal, excepto nivel elevado de benzodiazepinas en sangre. La TAC reveló pequeñas imágenes de neumoperitoneo perilesionales por lo que se decidió ingreso para control evolutivo y tratamiento conservador. A las 48 h de ingreso el paciente presentó distensión gástrica colocándose sonda nasogástrica y sueroterapia. El control radiológico demostró un empeoramiento franco, con derrame pleural izquierdo y neumoperitoneo. La TAC toracoabdominal realizado de urgencias confirmó la presencia de abundante líquido libre abdominal, colecciones subfrénicas bilaterales y derrame pleural izquierdo loculado (fig. 1).

Se procedió a colocación de drenaje torácico obteniéndose material fecaloideo y laparotomía urgente realizándose colectomía subtotal. El postoperatorio fue marcado por la persistencia de débito fecaloideo por drenaje torácico y necrosis cutánea de alrededor de las lesiones de arma blanca con necrosis de tejido subcutáneo, músculos intercostales y cartílago costal dejando al descubierto pericardio y cavidad pleural. Ante este defecto de pared torácica se realizó desbridamiento quirúrgico, resección de pared anterolateral de tórax y posterior colgajo pediculado miocutáneo con dorsal ancho. La evolución posterior del paciente fue tórpida con persistencia de empiema crónico que obligó a sonda permanente.

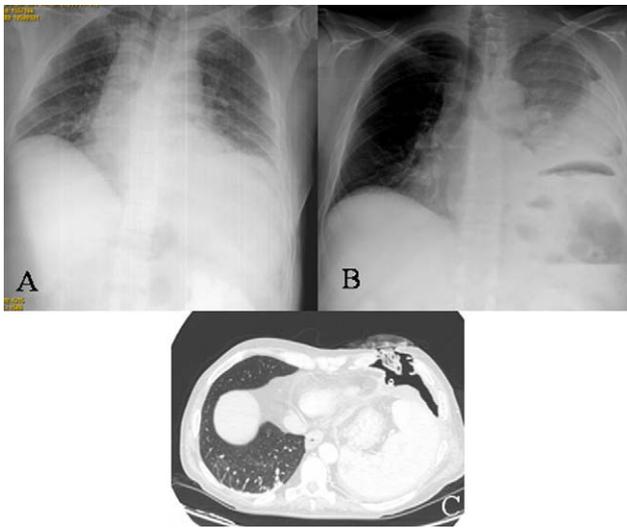


Figura 1 – A) Rx tórax de entrada en urgencias, sin evidenciarse lesiones pleuropulmonares agudas. B) Rx tórax con derrame pleural e hidroneumotórax. C) TC tóracoabdominal donde se evidencia solución de continuidad de la pared torácica y derrame pleural izquierdo asociado.

Segundo caso

Paciente mujer de 78 años sin antecedentes de interés ingresada en otro centro hospitalario por hidrotórax secundario a neumonía bilateral de etiología desconocida. Consultó por clínica de malestar general, sensación distérmica, leve síndrome tóxico y episodio diarreico. En el hemograma se objetivó leucocitosis ($14.200 \times 10^9/l$) y anemia normocítica (Hb 15,9 fl/Hto 45,8%). Dada la mala evolución clínica y el empeoramiento a los 4 días de tratamiento antibiótico se realizó TAC torácico observándose hidroneumotórax con desviación mediastínica contralateral, por lo que se decidió traslado. A la llegada a nuestro hospital, presentaba malestar general, hipotensión, taquicardia e hipofonosis izquierda completa. Se colocó drenaje torácico urgente mejorando la clínica a pesar de persistir en el control radiológico velamiento izquierdo con reexpansión parcial del pulmón izquierdo.

Durante el primer día de ingreso presentó, tras el desayuno, empeoramiento brusco del estado general, coincidiendo salida de material fecaloideo por el drenaje. La TAC toracoabdominal reveló una pequeña masa de unos 2 cm a nivel de ángulo esplénico de colon, derrame pleural ipsilateral con drenaje en su interior y ausencia de líquido libre abdominal. Ante el diagnóstico de fístula colopleural secundaria a neoplasia de ángulo esplénico de colon se procedió a la hemicolectomía izquierda, esplenectomía, resección de cola pancreática y resección parcial de diafragma y posterior sutura. Presentó una buena evolución postquirúrgica correcta con retirada de los drenajes a los 5 días. El resultado anatomopatológico definitivo fue necrosis intestinal transmural con perforación y

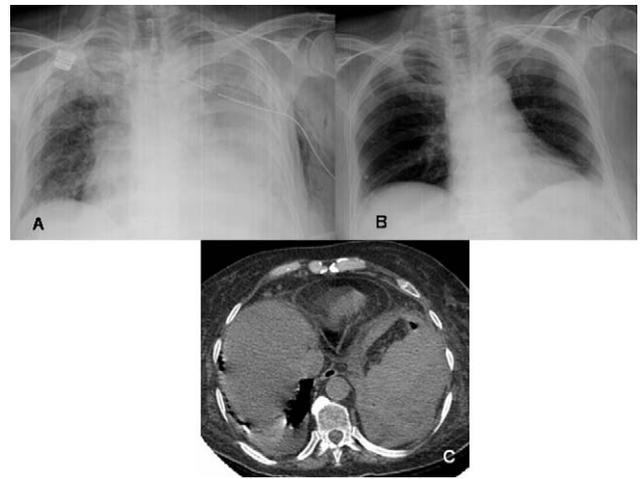


Figura 2 – A) Rx tórax con derrame pleural izquierdo persistente tras la colocación de drenaje torácico. B) Rx tórax control al alta de la paciente. C) TC tórax evidenciándose derrame pleural izquierdo.

extensa peritonitis aguda asociada. Neoplasia de colon pT4bN2M0 figura 2.

La patología pleural, tanto el neumotórax como el derrame pleural es bastante frecuente en los servicios de cirugía torácica y cirugía general y digestiva. El empiema paraneumónico, metaneumónico o secundario a procesos digestivos es la entidad más frecuente dentro de la patología infecciosa pleural, no obstante, debemos tener en cuenta entidades poco frecuentes que pueden cursar de una forma lenta y ser potencialmente más graves que la forma más frecuente de empiema.

El fecalotórax es una causa muy infrecuente de empiema pleural. Típicamente cursan con hidroneumotórax sin clínica abdominal asociada, la forma traumática, la más frecuente dentro de ellas, es la ruptura diafragmática con herniación de colon, perforándose de una manera aguda o más frecuentemente crónica^{6,7}.

La asociación a procesos malignos es por la presencia de neoplasias de gran tamaño y/o una invasión locorregional avanzada, muy infrecuentes en nuestro medio, actualmente. En nuestro caso, la neoplasia fue de pequeño tamaño, con un crecimiento extrínseco hacia cavidad pleural y dando un clínica de hidroneumotórax y síndrome tóxico de evolución tórpida, que posteriormente se diagnóstico al obtenerse material fecaloideo por el drenaje torácico.

Tanto una etiología u otra y aunque la frecuencia es mínima, ante pacientes con hidroneumotórax de origen incierto, clínica tórpida o antecedente de traumatismo toracoabdominal, agudo o crónico, debe tenerse en cuenta por su gravedad y sus posibles consecuencias.

Agradecimientos

Ivan Macia Vidueira; Francisco Rivas Doyague; Gabriela Rosado Rodriguez; Juliet Toñanez Fleitas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pickhardt PJ, Bhalla S, Balfe DM. Acquired gastrointestinal fistulas: Classification, etiologies, and imaging evaluation. *Radiology*. 2002;224:2-9.
2. Domingo-Morera JA, Zabala-Lopez S, Ramirez-Molina A. A colopleural fistula as the clinical presentation of colonic adenocarcinoma. *Arch Bronconeumol*. 1999;35:52-3.
3. Seelig MH, Klingler PJ, Schonleben K. Tension fecopneumothorax due to colonic perforation in a diaphragmatic hernia. *Chest*. 1999;115:288-91.
4. Barisic GI, Krivokapic ZV, Adzic TN, Pavlovic AR, Popovic MA, Gojnic M. Fecopneumothorax and colopleural fistula-uncommon complications of Crohn's disease. *BMC Gastroenterol*. 2006;6:17.
5. Papagiannopoulos K, Gialvalis D, Dodo I, Darby MJ. Empyema resulting from a true colopleural fistula complicating a perforated sigmoid diverticulum. *Ann Thorac Surg*. 2004;77:324-6.
6. Reddy SA, Vemuru R, Padmanabhan K, Steinheber FU. Colopleural fistula presenting as tension pneumothorax in strangulated diaphragmatic hernia: Report of a case. *Dis Colon Rectum*. 1989;32:165-7.
7. Hiday AH, Khan FY, Almuzrahshi AM, Zeer HE, Rasul FA. Colopleural fistula: Case report and review of the literature. *Ann Thorac Med*. 2008;3:108-9.

Anna Ureña Lluveras^a, Ricard Ramos Izquierdo^{a,*},
Mónica Millan Scheiding^b, Nuria Peláez Serra^b
e Ignacio Escobar Campuzano^a

^aServicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, España

^bServicio de Cirugía General y digestiva, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ricardramos@ub.edu

(R. Ramos Izquierdo).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.03.041