

En conclusión, a pesar de que las complicaciones infecciosas sean las más frecuentes, se debe sospechar la afectación pulmonar inflamatoria por fármacos anti-TNF- α ante la aparición de síntomas respiratorios o de un deterioro del intercambio gaseoso. Esta complicación, descrita con el infliximab generador, puede presentarse con el infliximab biosimilar. Es importante reiterar que los pacientes que reciban fármacos anti-TNF- α , especialmente si tienen factores de riesgo, pueden desarrollar EPID, con el objeto de realizar un diagnóstico y un manejo precoz de esta complicación.

Este caso fue comunicado al SEFV por los autores.

Bibliografía

1. Harbord M, Annese V, Vavricka SR, Allez M, Barreiro-de Acosta M, Boberg KM, et al. The first european evidence-based consensus on extra-intestinal manifestations in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2016;10:239–54.
2. Dixon WG, Hyrich KL, Watson KD, Lunt M, Symmons DP. Influence of anti-TNF therapy on mortality in patients with rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease: Results from the British Society for Rheumatology Biologics Register. *Ann Rheum Dis*. 2010;69:1086–91.
3. Curtis JR, Sarsour K, Napalkov P, Costa LA, Schulman KL. Incidence and complications of interstitial lung disease in users of

tocilizumab, rituximab, abatacept and anti-tumor necrosis factor α agents, a retrospective cohort study. *Arthritis Res Ther*. 2015;17:319.

4. Sen S, Peltz C, Jordan K, Boes TJ. Infliximab-induced nonspecific interstitial pneumonia. *Am J Med Sci*. 2012;344:75–8.
5. Perez-Alvarez R, Perez-de-Lis M, Diaz-Lagares C, Pego-Reigosa JM, Retamozo S, Bove A, et al. Interstitial lung disease induced or exacerbated by TNF-targeted therapies: Analysis of 122 cases. *Semin Arthritis Rheum*. 2011;41:256–64.

R. Ríos León^{a,*}, A. Jaureguizar Oriol^b, A. López-Sanromán^a, D. Jiménez Castro^b, R. Nieto Royo^b y A. Albillos Martínez^a

^a Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^b Servicio de Neumología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raquelriosleon@gmail.com (R. Ríos León).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.01.013>
0210-5705/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Fístula pancreatopleural en relación con coledocolitiasis: una complicación infrecuente en la pancreatitis aguda



Pancreaticopleural fistula associated with choledocholithiasis: An infrequent complication of acute pancreatitis

La fístula pancreatopleural es una complicación infrecuente pero potencialmente grave de la pancreatitis, con una incidencia en torno al 0,4-4,5% de los pacientes con pancreatitis crónica¹, siendo más frecuente en la etiología alcohólica y cuando aparecen pseudoquistes². Se produce por la disrupción en la cara posterior del conducto pancreático, bien de forma directa o más frecuentemente a través de la rotura de un pseudoquiste³ o colección necrótica, llegando la secreción pancreática al espacio pleural por el hiato aórtico o esofágico o más raramente por vía transdiafragmática². La presentación clínica más habitual es en forma de disnea secundaria a derrame pleural que aparece hasta el 75% de los casos, siendo en su mayor parte de localización izquierda⁴.

Se presenta el caso de un varón de 72 años con antecedentes de pancreatitis aguda necrosante en abril de 2013 que requirió ingreso en la UCI por sepsis secundaria a necrosis infectada. El paciente desarrolló fistulización intestinal espontánea de la colección con trombosis de la vena esplénica, de la vena mesentérica superior y desarrollo de hipertensión portal segmentaria izquierda con esplenomegalia y circulación colateral. Posteriormente, precisó ingresos en octubre de 2015 y septiembre de 2016 por fiebre

secundaria a colección necrótica tratados de forma conservadora con antibioterapia dada la presencia de fistulización intestinal. Presentó buena evolución clínica sin requerir abordaje invasivo, por lo que se decidió seguimiento ambulatorio. En enero de 2017 ingresó por disnea secundaria a derrame pleural izquierdo, requiriendo drenaje pleural con líquido compatible con exudado. Ante la elevación de la amilasa pleural (9.317 U/l) se solicitó TC toracoabdominal que mostró extensión craneal de la colección necrótica de la cola pancreática hacia la región subfrénica con fistulización transdiafragmática al espacio pleural izquierdo. Además, se observó coledocolitiasis yuxtapapilar no visualizada en exploraciones previas, que se confirmó mediante colangiografía por resonancia magnética (colangio-RM). Dada la estabilidad del paciente se inició tratamiento con octreótido (100 μ g/8 h) con mejoría clínica, aunque con persistencia del derrame pleural. Dada la localización distal de la rotura del conducto pancreático asociado a colección necrótica se decidió finalmente, tras considerar abordaje endoscópico de la fístula la realización de tratamiento combinado mediante colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) para extracción de la coledocolitiasis y posterior intervención quirúrgica con pancreatectomía distal y esplenectomía ante la presencia de hipertensión portal segmentaria izquierda y el contacto de la colección con la cara visceral del bazo (fig. 1). El paciente evolucionó de forma satisfactoria con desaparición del derrame pleural, encontrándose actualmente asintomático.

La fístula pancreatopleural supone un reto tanto diagnóstico como terapéutico. El diagnóstico se basa en el análisis del líquido pleural y en pruebas de imagen. El líquido pleural presenta proteínas altas (> 3 g/dl) y una concentración de amilasa elevada (> 1.000 U/l), si bien se pueden encontrar

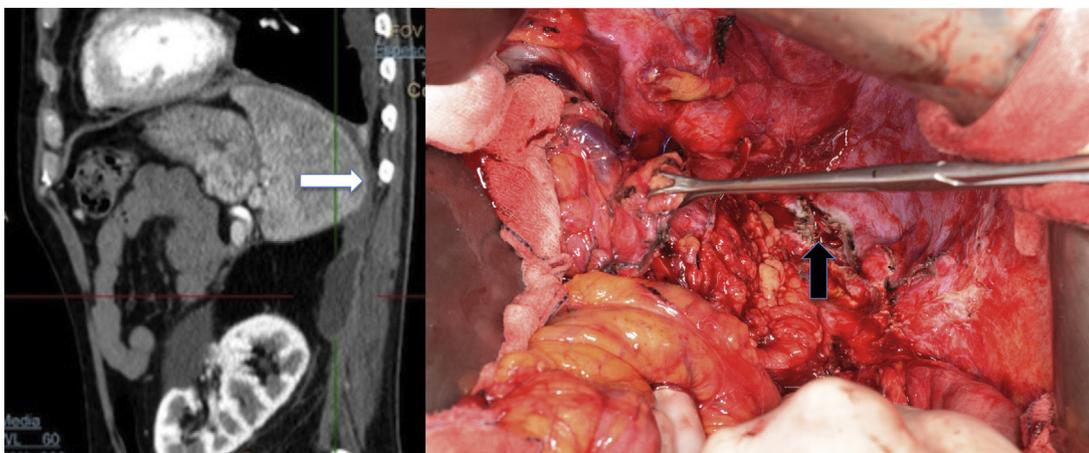


Figura 1 Imagen lateral de la TC abdominal en la que se observa la colección retroperitoneal que fistuliza al espacio pleural (flecha blanca) e imagen de la intervención quirúrgica (con orificio fistuloso, flecha negra).

también estos hallazgos en otras etiologías (infecciosa, tumoral, perforación esofágica, cirrosis...) con las que se debe plantear el diagnóstico diferencial¹. Su origen puede deberse bien a la extensión o rotura de un pseudoquiste o colección pancreática o bien a la disrupción directa del conducto de Wirsung³. Las pruebas de imagen utilizadas en su diagnóstico son la TC abdominal, la CPRE, y la colangio-RM con una sensibilidad del 47, 78 y 80%, respectivamente⁴, siendo la colangio-RM la herramienta diagnóstica de elección por su carácter no invasivo y mayor sensibilidad.

El tratamiento inicial consiste en reposo digestivo y análogos de la somatostatina para la reducción de la secreción pancreática. Si no existe respuesta se debe plantear un abordaje definitivo bien endoscópico mediante CPRE (con objetivo de descomprimir el conducto de Wirsung, con mayor beneficio en disrupciones parciales, únicas, en el extremo proximal y sin grandes colecciones asociadas)⁴ o quirúrgico. El retraso del tratamiento definitivo podría aumentar el riesgo de complicación⁵. En el caso que se presenta, y tras el fracaso del tratamiento conservador, el abordaje fue la combinación de extracción endoscópica de la coledocolitiasis y la cirugía posterior para la resolución definitiva de la colección situada en la cola pancreática. Además, la cirugía permitió la resolución de la hipertensión portal segmentaria.

Cabe destacar en este caso tanto la fistulización transdiafragmática (menos común que a través del hiato aórtico), la coledocolitiasis como posible desencadenante de la fistula de presentación diferida al incrementar la presión intraductal del sistema excretor pancreático y el abordaje quirúrgico que permitió la resolución de la fistula y de la hipertensión portal segmentaria.

La fistula pancreatopleural debe sospecharse en pacientes con antecedentes de pancreatitis que se presenten con derrame pleural con amilasa elevada. La forma de abordaje viene determinada por la localización de la disrupción del conducto de Wirsung, la presencia de pseudoquistes, así como la comorbilidad del paciente.

Bibliografía

1. Machado NO. Pancreaticopleural fistula: Revisited. *Diagn Ther Endosc.* 2012;2012:815476.
2. Aswani Y, Hira P. Pancreaticopleural fistula: A review. *JOP.* 2015;16:90–4.
3. Wakefield S, Tutty B, Britton J. Pancreaticopleural fistula: A rare complication of chronic pancreatitis. *Postgr Med J.* 1996;72:115–6.
4. Ali T, Srinivasan N, Le V, Chimpiri AR, Tierney WM. Pancreaticopleural fistula. *Pancreas.* 2009;38:26–31.
5. King JC, Reber HA, Shiraga S, Hines OJ. Pancreatic-pleural fistula is best managed by early operative intervention. *Surgery.* 2008;147:154–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2009.03.024>

L. Carrión-Martín^{a,*}, L. Lucendo-Jiménez^a,
L. Ordieres-Ortega^b, S. Piqueras-Ruiz^b,
J.C. Cano-Ballesteros^b, A.I. Hernando-Alonso^a
y R. Bañares^{a,c,d}

^a Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^c Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^d Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD)

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: laura.carrion@salud.madrid.org
(L. Carrión-Martín).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.02.001>
0210-5705/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.