

BIBLIOGRAFÍA

1. Antaki F, Tringali A, Deprez P, Kwan V, Costamagna G, Le Moine O, et al. Gastrointest Endosc. 2008;67:163-8.
2. Bong JJ, Spalding D. Duodenal duplication cyst (DDC) communicating with the pancreatobiliary duct. A rare cause of recurrent acute pancreatitis. J Gastrointest Surg. 2009.
3. Uzun MA, Koksall N, Kayahan M, Celik A, Kilicoglu G, Ozkara S. A rare case of duodenal duplication treated surgically. World J Gastroenterol. 2009;15:882-4.
4. MacPherson RI. Gastrointestinal tract duplications: clinical, pathologic, etiologic and radiological considerations. Radiographics. 1993;13:1063-80.
5. Merrot T, Anastasescu R, Pankevych T, Tercier S, Garcia S, Alessandrini P, et al. Duodenal duplications. Clinical characteristics, embryological hypotheses, histological findings and treatment. Eur J Pediatr Surg. 2006;18-23.
6. Rockx MAJ, McAlister VC. Endoscopic fenestration of a duodenal duplication cyst to resolve recurrent pancreatitis. JOP. 2007;8:795-8.

José Manuel Ramia Ángel^{a,*}, Roberto De La Plaza Llamas^a, José E. Quiñones Sampedro^a, Antonio Gómez Caturla^b y Jorge García-Parreño Jofré^a

^aUnidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo

^bServicio de Digestivo, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jose_ramia@hotmail.com (J.M. Ramia Ángel).

0009-739X/\$ – see front matter

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

doi:10.1016/j.ciresp.2010.01.003

Rotura esplénica secundaria a pseudoquistes de páncreas

Ruptured spleen due to a pancreatic pseudocyst

La rotura esplénica asociada a pseudoquistes pancreáticos es un hecho infrecuente. Existen casos de rotura espontánea del bazo publicados en la literatura médica internacional asociados a enfermedad neoplásica, enfermedad autoinmunitaria, o procesos hematológicos múltiples. Otras circunstancias, como la periesplenitis secundaria a procesos inflamatorios crónicos así como la disposición anatómica y vascularización peripancreática entre estos órganos son un factor predisponente para esta complicación^{1,2,7,8}.

En la presente nota clínica exponemos un caso de pseudoquiste de páncreas que provocó rotura esplénica y que requirió de cirugía urgente. Discutimos el tratamiento diagnóstico-terapéutico y las posibles complicaciones asociadas a la técnica quirúrgica empleada.

Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 58 años de edad, que acudió a urgencias de nuestro hospital por cuadro de dolor en el hipocondrio izquierdo de una semana de evolución, intensificado en las últimas 12 h. Sin otra sintomatología acompañante ni traumatismo abdominal reciente. Como antecedentes personales, destacaba un primer episodio de pancreatitis aguda de origen biliar, por la que se le realizó una colecistectomía en 2003, y, de forma residual a este proceso, desarrolló un pseudoquiste pancreático gigante de cuerpo y cola, controlado en consultas externas de Medicina Digestiva y pendiente de cirugía pancreática programada.

Al examen físico, presentaba constantes vitales estables, con el abdomen blando, depresible, pero doloroso y con

defensa a la palpación profunda en hipocondrio y vacío izquierdo, sin claros signos de peritonismo.

En la analítica sanguínea urgente destacaba urea de 50 mg/dl, creatinina de 2,1 mg/dl, PCR de 29,4 mg/l, recuento de leucocitos de 19.000 mm³, el 89,4% de neutrófilos, Hb de 9,5 g/dl, Hto del 29,6%, BT de 0,3 mg/dl, AST/GOT de 23 UI/l, ALT/GPT de 15 UI/l y amilasa de 201 UI/l. La hemostasia se encontraba dentro de valores normales.

Se practicó ecografía abdominal urgente, y llamó la atención la pérdida de ecoestructura normal del bazo, con agrandamiento heterogéneo compatible con gran hematoma intracapsular contenido y líquido libre peripancreático y periesplénico. Ante el hallazgo ecográfico y los antecedentes pancreáticos del paciente se completa el estudio con tomografía computarizada (TC) abdominal urgente sin contraste intravenoso, en la que destacaron imágenes hipodensas e hiperdensas heterogéneas en el bazo, compatibles con rotura esplénica contenida, y líquido libre denso en el espacio perihepático y la pelvis menor. Se observó una significativa disminución del tamaño del pseudoquiste pancreático con respecto a las TC previas de control (un tamaño de 10 cm de diámetro transversal), por lo que el diagnóstico de sospecha fue la rotura de este (fig. 1).

Con los datos aportados se interviene de urgencia al paciente, y nos encontramos con un hemoperitoneo y un gran hematoma periesplénico y perihepático, así como rotura parcial del pseudoquiste adherido a restos del bazo, con necrosis intracapsular. Realizamos esplenectomía, pancrea-

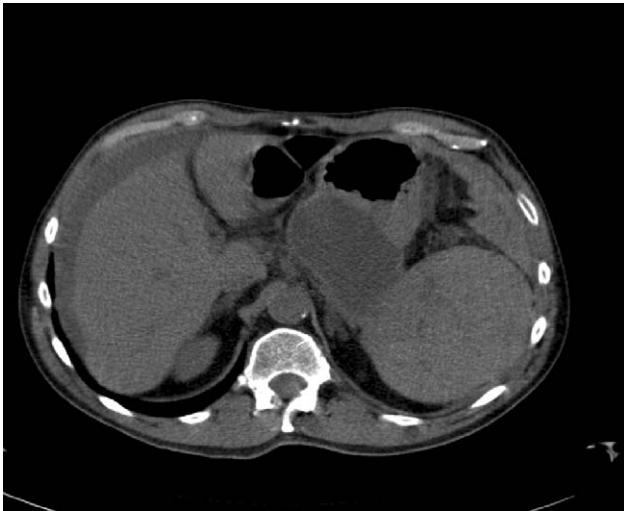


Figura 1 – Tomografía computarizada abdominal sin contraste en la que se muestran imágenes hipodensas indicativas de rotura esplénica contenida y compresión del pseudoquiste pancreático.

tectomía distal con resección parcial del pseudoquiste y marsupialización gástrica de la cápsula residual (fig. 2).

Durante su estancia hospitalaria, el paciente evolucionó favorablemente, sin complicaciones relacionadas con la técnica quirúrgica, y se le dio el alta hospitalaria a los 19 días de su ingreso. Una estancia prolongada secundaria a laringitis postintubación requirió tratamiento con corticoides, y falsa vía uretral tras sondaje vesical complejo intraoperatorio. Asimismo, no desarrolló ninguna complicación infecciosa. Actualmente continúa asintomático, y sigue controles serios en consultas externas.

El pseudoquiste pancreático representa una complicación nada despreciable de la pancreatitis aguda, y se encuentra en aproximadamente el 10% de los casos. La mayoría de los pacientes con pancreatitis crónica forman pseudoquistes inducidos a exacerbaciones agudas de pancreatitis o por obstrucción ductal progresiva^{1,3,6}.

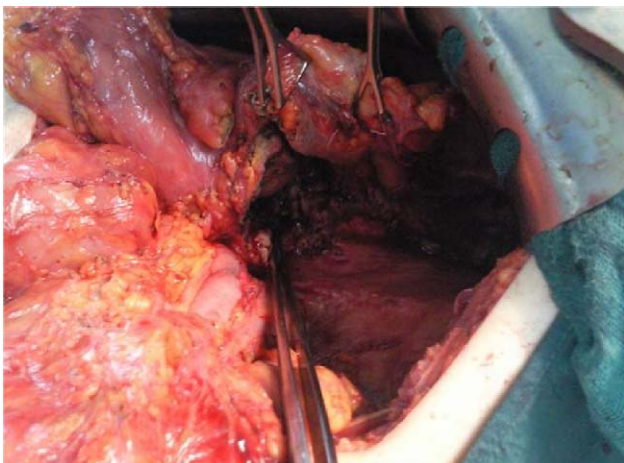


Figura 2 – Resección parcial del pseudoquiste pancreático y preparación de la cistogastrostomía.

Se han descrito ciertas hipótesis sobre rotura esplénica asociada a pseudoquiste pancreático. Así, se relatan casos de trombosis o compresión vascular de la vena esplénica^{1,2,7-9}, o asociados a necrosis secundaria a factores enzimáticos pancreáticos², ya que muchos pseudoquistes contienen altas concentraciones de enzimas digestivas³. Podemos citar también el pseudoaneurisma arterial esplénico producido en el contexto del pseudoquiste, o algunos casos anecdóticos de periesplenitis^{4,2}.

Desde el punto de vista clínico, y como ya se conoce, la rotura esplénica puede manifestarse de diferentes formas, aunque las más frecuentes suelen ser por irritación peritoneal o por shock hipovolémico^{4,7,8}.

Como ocurrió en nuestro caso, la prueba de imagen inicial, y más si existe una inestabilidad hemodinámica, es la ecografía abdominal. Es obligatorio según los hallazgos y si existe situación de urgencia con estabilidad hemodinámica, la TC abdominal^{1,4-7}, con o sin contraste intravenoso, según exista o no enfermedad renal. El valor de la TC tiene una sensibilidad y una especificidad en torno al 96%, capaz de demostrar lesión esplénica o pancreática, localización, extensión y definir la indicación quirúrgica^{4,6,8}.

El abordaje quirúrgico está considerado como el *gold standard* en el tratamiento del pseudoquiste³, ya sea de forma programada, cuando por otras vías no se consigue su resolución, o de forma urgente si existe deterioro vital según los hallazgos de las pruebas de imagen, como ocurrió en nuestro caso. Técnicas como el drenaje interno a víscera hueca, como la cistogastrostomía de Jurasz (marsupialización), la cistoduodenostomía, la cistoyeyunostomía (Y de Roux) o la resección pancreática^{3,7-10} son los abordajes más aceptados en la actualidad.

Con las características clínicas de nuestro paciente, y ante la rotura esplénica masiva, la esplenectomía asociada a técnica resectiva del pseudoquiste o, en su defecto, la derivación son las técnicas idóneas de tratamiento. Realizamos una técnica mixta al tratarse de un pseudoquiste gigante (aproximadamente 10cm de tamaño) y ante la imposibilidad de enucleación total de este por dañar los vasos mesentéricos en la disección (cistogastrostomía y pancreatectomía distal).

Las posibles complicaciones asociadas a este tipo de intervención son similares a las descritas en la cirugía pancreática o esplénica. En nuestro caso, no evidenciamos complicación secundaria directamente a la cirugía practicada, ni encontramos problemas infecciosos ni de fístulas inherentes a esta intervención.

Como conclusión, la rotura esplénica masiva, secundaria a infiltración capsular por pseudoquiste de páncreas requiere tratamiento quirúrgico urgente con esplenectomía y resolución parcial o total del pseudoquiste; para esto, se emplearon preferentemente las técnicas resectivas o, en su defecto, las derivativas para la resolución quirúrgica en un tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández-Siverio González N, Pérez Palma J, Márquez MA, Díaz Flores L. Rotura espontánea esplénica relacionada con enfermedad pancreática. *Cir Esp.* 2002;72:359-61.

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.