

Fístula broncopleurales como complicación tardía de una neumonectomía

¹Hernández Pérez JM, ²Sánchez Castro AL

¹Hospital General de La Palma

²Centro de Salud de San Andrés y Sauces La Palma (Santa Cruz de Tenerife)

Varón de 50 años de edad, con antecedentes personales de neumonectomía izquierda hace 25 años (secundaria a proceso tuberculoso), hipertensión arterial y fumador de 15 paquetes/año.

Acude refiriendo hemoptisis franca de 50-100 cc, acompañada de un discreto aumento de su disnea, sin dolor torácico ni fiebre. Desde hace aproximadamente 4 años sufre episodios repetidos, al menos 1 vez al año, consistentes en cuadros de fiebre, dolor pleurítico y vómica, que ceden en pocos días tras la administración de antibióticos.

En la exploración física solo destaca la auscultación con abundantes roncus y sibilancias dispersas en el hemitórax derecho, que se transmiten al hemitórax izquierdo.

Tanto el hemograma como la bioquímica general son normales. La gasometría arterial muestra una insuficiencia respiratoria global (pO₂ 57 mmHg, pCO₂ 63 mmHg, pH 7,26 y SatO₂ 86 %). En la radiografía de tórax (figura 1) se observa una pérdida de volumen del hemitórax izquierdo, secundaria a neumonectomía previa, que condiciona una retracción del mediastino y del hemidiafragma ipsilaterales; en el interior de ese hemitórax hay una cámara aérea. En el pulmón derecho se observan algunos tractos fibrosos en el lóbulo superior. La TAC (figura 2) muestra una cámara aérea en el hemitórax izquierdo, correspondiente al espacio de la neumonectomía; no se observan líquidos ni niveles en su interior. Llama la atención la existencia de un trayecto fistuloso desde el bronquio principal izquierdo hacia la cámara aérea, lo que es diagnóstico de fístula broncopleurales.

Se realiza broncofibroscopia, en la que no se objetivan restos de sangrado. En el espacio correspondiente al lóbulo superior izquierdo se observa la existencia de dos trayectos de 2 y 3 mm de diámetro, respectivamente, que parecen corresponder al trayecto fistuloso descrito en la TAC.

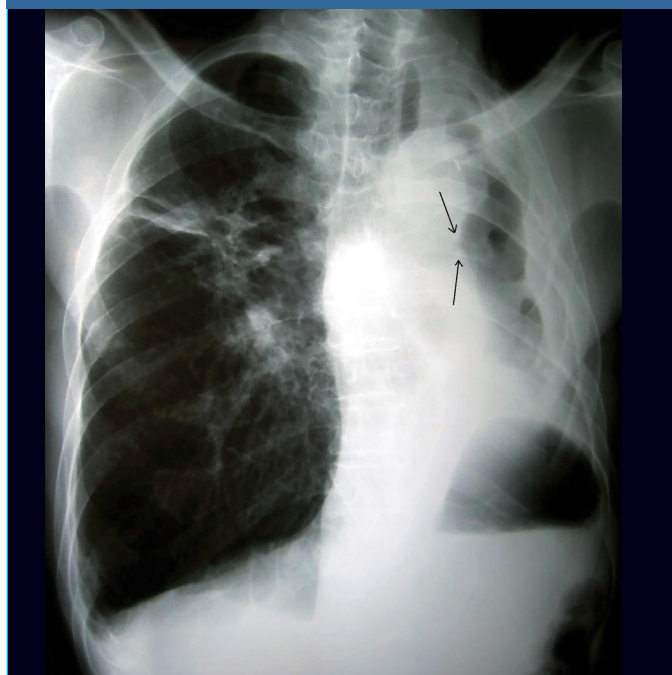
COMENTARIO

Las fístulas broncopleurales (FBP) son una complicación seria de las neumonectomías y acarrear gran morbimortalidad. Suelen diagnosticarse en el postoperatorio inmediato, pero, en ocasiones, su aparición es más diferida.

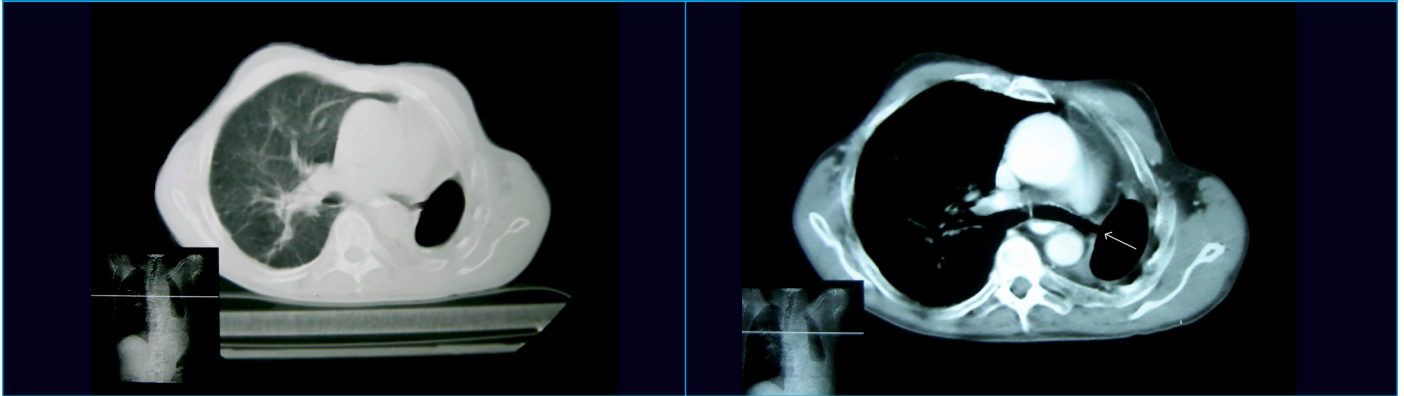
Casi todos los autores coinciden en que hay que tomar decisiones agresivas con el fin de cerrar el defecto, bien sea por medio de métodos broncoscópicos¹ o llegando incluso a tener que ampliar la resección pulmonar, que en un principio era conservadora.

La FBP es una de las complicaciones más graves que pueden ocurrir en los pacientes sometidos a cirugía de exéresis pulmonar. Su incidencia se estima en el 1,5-11,1 %¹; comparadas con cifras del pasado, las actuales han descendido enormemente.

Figura 1. Pérdida de volumen del hemitórax izquierdo, secundaria a neumonectomía previa, que condiciona una retracción del mediastino y del hemidiafragma ipsilaterales; en el interior de ese hemitórax hay una cámara aérea.



Figuras 2 y 3: Ventana pulmonar y mediastínica en la que se objetiva el trayecto fistuloso que comunica la cavidad pleural de la neumonectomía con el bronquio principal izquierdo.



Su aparición se ha atribuido a multitud de factores², algunos de ellos previos a la cirugía (diabetes mellitus o patología tumoral), utilización de terapia inmunosupresora (esteroides o quimioterápicos) y también a la técnica quirúrgica empleada en la intervención.

Aunque la mayoría de las FBP aparecen en el postoperatorio inmediato, en algunas ocasiones transcurre mucho tiempo desde la intervención hasta la aparición de éstas, hasta incluso 10 años más tarde³. En el presente caso, el tiempo transcurrido desde la intervención fue de 20 años, el mayor de toda la literatura revisada.

A pesar de la gran mortalidad que se presume a este tipo de complicación (16,4-72,2 %⁴), sobre todo debida a causas infecciosas (que inducirían a tomar actitudes agresivas), llama la atención el método seguido, consistente en la mera expectación y tratamiento sintomático de los sucesos infecciosos, con una evolución aparentemente estable, sin que se adopten actitudes dirigidas al cierre

del defecto, a pesar de ser este el tratamiento de elección.

Aunque la mayoría de las intervenciones que originan este tipo de complicación son debidas a causas neoplásicas⁵, el presente caso se sale de lo común, ya que se originó por una causa infecciosa (tuberculosis), patología para la que hoy en día la actitud quirúrgica queda limitada a situaciones muy seleccionadas. Además, este caso tiene como añadido que la FBP se localiza en el hemitórax izquierdo, la menos habitual⁴.

Como conclusión, este caso nos lleva a plantearnos que ante cualquier paciente sometido a una intervención de exéresis pulmonar, bien sea de causa neoplásica o de otro tipo, estamos obligados a realizar de forma sistemática revisiones de la vía aérea para detectar complicaciones, más aún si el paciente manifiesta clínica infecciosa, independientemente del tiempo transcurrido desde la intervención, ya que en ocasiones podemos encontrar complicaciones tardías de la intervención no esperadas.

BIBLIOGRAFIA

1. Hollaus PH, Lax F, Janakiev D, Lucciarini P, Katz E, Kreuzer A, et al. Endoscopic treatment of postoperative bronchopleural fistula: experience with 45 cases. *Ann Thorac Surg*. 1998 Sep;66(3):923-7.
2. Sirbu H, Busch T, Aleksic I, Schreiner W, Ester o and Dalichau H. Bronchopleural fistula in the surgery of non-small cell lung cancer: incidence, risk factors and management. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2001;7:330-336.
3. Algar FJ, Álvarez A, Aranda JL, Salvatierra A, Baamonde C and López-Pujol FJ. Prediction of early bronchopleural fistula after pneumonectomy: a multivariate analysis. *Ann Thorac Surg* 2001;72:1662-7.
4. Athanassiadi K, Vassilikos K, Misthos P, Theakos N, Kakaris S, Sepsas E et al. Late postpneumonectomy bronchopleural fistula. *Thorac Cardiovasc Surg* 2004;52(5):298-301.
5. Arnau Ober A, Martín Díaz E, Martínez Vallina P, Rico Portales GR, Granell Gil MV, García Aguado R et al. Abordaje de la fístula broncopleural en pacientes intervenidos de cáncer de pulmón. Estudio prospectivo. *Arch Bronconeumol* 1998;34:17-22.
6. Hollaus PH, Lax F, El-Nashef BB, Hauck HH, Lucciarini P and Pridun NS. Natural history of bronchopleural fistula after pneumonectomy: review of 96 cases. *Ann Thorac Surg* 1997;63:1391-7.
7. Puskas JD, Mathisen DJ, Grillo HC, Wain JC, Wright CD and Moncure AC. Treatment strategies for bronchopleural fistula. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1995;109(5):989-96.