



Fístula Gastrophleural

Informe de 1 caso y Revisión de la Literatura

R. CABRALES, MD; E. GOMEZ, MD, SCC.

Palabras claves: Fístula gastrophleural, Trauma toracoabdominal, Déficit nutricional severo, Soporte nutricional enteral.

Se informa sobre un caso de fístula gastrophleural izquierda, de tipo traumático, en un paciente joven, atendido en el Hospital Universitario del Valle, quien sufrió una herida penetrante toracoabdominal por arma blanca.

Se describe la evolución clínica, el procedimiento diagnóstico y el tratamiento realizado mediante el cierre del trayecto fistuloso, y la mejoría clínica del paciente fundamentada en el soporte nutricional. Se hace una revisión de la escasa literatura sobre el tema; se propone una modificación a la clasificación existente sobre esta patología, con base en los informes más recientes; y se resalta la eficacia del tratamiento conservador instaurado en la última etapa.

CASO CLINICO

Varón de 24 años, natural y procedente del área urbana de Cali, quien ingresó el 5 de junio de 1993 al servicio de Urgencias de un hospital de II nivel. Cuatro horas antes del ingreso había recibido una herida en el VI espacio intercostal izquierdo con la línea axilar anterior, causado por arma blanca.

El examen físico de ingreso mostró un paciente con signos vitales estables, hipoventilación basal izquierda y signos clínicos de abdomen agudo.

Fue intervenido quirúrgicamente; se encontró una herida del fondo del estómago, de 1.5 cm de longitud y otra similar en el hemidiafragma del mismo lado, las cuales fueron tratadas con suturas de material absorbible (polidioxanona) e inabsorbible (polipropileno), respectivamente. Tres días después fue dado de alta sin sintomatología clínica.

Doctores: Rodolfo Cabrales, R-IV de Cirugía General, Univ. de Caldas; Edilberto Gómez, Cirujano Docente, Univ. del Valle, Cali, Colombia.

Recurrió 9 días más tarde con dolor tipo pleurítico y fiebre; fue tratado con un segundo drenaje por toracostomía, y dado de alta por mejoría clínica.

Veinte días después de haber sufrido la lesión, acude nuevamente; esta vez presenta tos con expectoración de aspecto herrumbroso, fiebre y deterioro del estado general.

Una toracentesis obtuvo pus y material verdoso (cultivo positivo para *Serratia Licuefaciens*). Con diagnóstico de empiema en fase II fue llevado a toracotomía de limpieza, el 26 del mismo mes de junio.

La evolución posquirúrgica fue tórpida y a través del tubo de tórax se observó salida de líquido amarillento.

Una prueba con azul de metileno mostró salida inmediata del colorante por el tubo.

Con diagnóstico presuntivo de fístula gastrophleural fue remitido al Hospital Universitario del Valle (HUV). El diagnóstico inicial fue corroborado radiológicamente al utilizar medio de contraste.

El tratamiento instaurado consistió en soporte nutricional (nutrición enteral por sonda nasoyeyunal) durante 42 días y antibioticoterapia específica, según antibiograma.

El control radiológico demostró el cierre del tracto fistuloso. El paciente fue dado de alta en buenas condiciones generales.

DISCUSION

La fístula gastrophleural (FGP) es una complicación relativamente rara, tanto de patologías benignas como malignas,

Aunque su frecuencia exacta no ha sido informada, parece ser un poco más alta que la de las fístulas gastrobronquiales (1) (2) (Tabla 1).

Tabla 1. Causas de fístula gastrobronquial, según revisión de 19 casos.

Causa	Núm.
Cirugía gastroesofágica	2
Postrumática	4
Funduplicatura de Nissen	4
Absceso subfrénico	3
Úlcera gástrica	3
Tuberculosis	1
Hernia paraesofágica	1
Tejido pancreático ectópico	1

Tomado de: Brith J Surg 1992; 79 Apr: 331-2

Según su origen, la FGP fue inicialmente clasificada por Markowitz y Herter en tres tipos (3).

Creemos que las condiciones patológicas precipitantes, podrían ser:

1. Secundaria a perforación de la porción intratorácica del estómago en caso de hernia hiatal.

Su frecuencia es baja (4); en su informe, Markowitz presenta 2 casos fatales; las series de Humphreys, Stensrud y Sert (3) (4) y, más recientemente, Magendie y col, no aciertan a demostrar esta complicación en un gran número de pacientes con hernia hiatal. Existen datos que sugieren que el estómago encarcerado, puede perforarse rápidamente, al parecer, por un proceso de autodigestión secundario a la acumulación de ácido en una porción gástrica comprometida por la isquemia (5).

2. Secundaria a trauma

Su mecanismo de formación puede ser de dos tipos:

- A. Fístula inmediata, secundaria a trauma agudo.
- B. Formación inicial de hernia diafrágica traumática y perforación posterior de la porción gástrica herniada.

Con relación a este último tipo, Lindskog y Lawrence publicaron dos casos tratados quirúrgicamente, de manera exitosa. Su aparición clínica es variable: desde 4 días (Johnson y Twente) hasta 10 años (Schaper) después del trauma.

En ocasiones la FGP puede ser iatrogénica, luego de un diagnóstico erróneo de neumotórax en un paciente con hernia diafrágica, tratado con toracostomía y drenaje.

Recientemente, Schwab y Jarvil, describen un caso de neumotórax a tensión, secundario a FGP en una hernia diafrágica traumática, tratado quirúrgicamente de manera exitosa (6).

3. Secundaria a perforación del estómago intraabdominal

Implica la formación de un absceso intraabdominal, el cual erosiona la pared diafrágica hacia la cavidad pleural.

Es infrecuente; Hudson y col, informan sólo 25 casos en una revisión de la literatura (7).

El caso informado aquí, puede clasificarse dentro de este grupo.

4. Secundaria a neoplasias

Un cuarto y último grupo podría ser el de las FGP secundarias a neoplasias, tal como lo describió Cobo en un reciente informe (8).

Las complicaciones de la FGP son variables, incluyendo empiema, desequilibrio hidroelectrolítico y nutricional severo, fístula de alto gasto y sepsis, que exigen un tratamiento médico basado en un soporte nutricional estricto.

El tratamiento quirúrgico consiste en toracotomía de limpieza; laparotomía con reducción y resección del segmento gástrico herniado; corrección del defecto diafrágico e interposición de epiplón entre las ramas.

ABSTRACT

A case of a left gastric-pleural fistula of traumatic origin is presented. The patient was a young male who attended the surgical emergency room at the Valle University Hospital after suffering a penetrating thoracic-abdominal knife wound. Clinical evolution, diagnostic procedures, treatment through closure of the fistulous tract and satisfactory evolution of the patient, mainly based on nutritional support, are described. A review of the scant literature available is made. A modification of the current classification is proposed based on recent reports and the efficacy of conservative therapy is highlighted.

REFERENCIAS

1. Heitmiller R F, Yeo Ch: Duodenobronchial fistula. *Surgery* 1991 Jan; 110 (3): 546-8
2. Richardson A J, Tait N, O'Rourke O: Gastrobronchial fistula owing to non-malignant causes. *Brit J Surg* 1992 Apr; 79: 331-2
3. Markowitz A M, Herter F P: Gastropleural Fistula as complication of Esophageal Hiatal Hernia. *Ann Surg* 1960 Jul; 152 (1): 130-4
4. Lindskog G E, Lawrence E A: The treatment of thoracogastric fistula. *J Thorac Surg* 1947 Oct; 16 (5): 477-83
5. Johnston J H, Twente G E: Perforation gastric ulcer in acute diaphragmatic hernia. *Surgery* 1952; 31: 742-5
6. Schwaab R J, Jarvik J G: Tension Pneumothorax secondary to a gastropleural fistula in a traumatic diaphragmatic hernia. *Chest* 1991 Jan; 99 (1): 247-9
7. Hudson P B, Gay L C, Newman H C: Pneumothorax resulting from a dissecting gastric ulcer. *Arch Surg* 1943; 50: 301-4
8. Cobo J et al: Gastropleural fistula: Primary manifestation of Gastric Lymphoma. *Med Clin (Barc)* 1990
9. Irwin S T, Asquit C M, Gibbons J R P, Mills M, Stevenson M M: Gastro-pleuro-bronchial fistula mimicking bronchiectasis. *Br J Clin Pract* 1988; 42: 514-7
10. Aschter R et al: Pneumotórax a tensión y Empiema como consecuencia de fistula gastropleural. *Resp Med* 1990; 84 (3): 253-4

INFORMATIVO

Con motivo de celebrarse en el mes de abril de 1996 el X aniversario del lanzamiento del "Primer Número" de la Revista CIRUGIA, órgano oficial de la Sociedad Colombiana de Cirugía, se ha programado la edición de un número especial de esta publicación, correspondiente al primer trimestre del próximo año, esto es, al Volumen XI, Número I, Enero-Marzo, 1996, en el que prevalecerán los temas de Trauma e Infecciones, con la colaboración de los Comités Consultivos de la Junta Directiva en las respectivas áreas científicas.
