

Hidroneumotórax y enfisema extenso secundario a lesión cavitada pulmonar por fístula de anastomosis gastroyeyunal

Hydropneumothorax and extensive emphysema secondary to cavitated lung lesion due to gastrojejunal anastomosis fistula

Ester Ferrer Inaebnit¹, Alessandro Bianchi¹ y Alberto Pagan Pomar¹.

Mujer de 50 años, con antecedentes de gastrectomía vertical y posterior estenosis a nivel de la incisura que requirió *bypass* gástrico (2020). Acude a urgencias por expectoración herrumbrosa y dolor en costado izquierdo. La TC informa lesión cavitada (55 x 48 x 38 mm) en lóbulo pulmonar inferior izquierdo, con fístula transdiafragmática con origen en la anastomosis gastroyeyunal (Figura 1), por vía aérea.

A su llegada presenta neumotórax izquierdo (Figura 2), que requiere colocación de drenaje pulmonar con fuga persistente.

TC de control informa hidroneumotórax masivo con severo enfisema subcutáneo que disecciona planos musculares y neumomediastino (Figura 3).

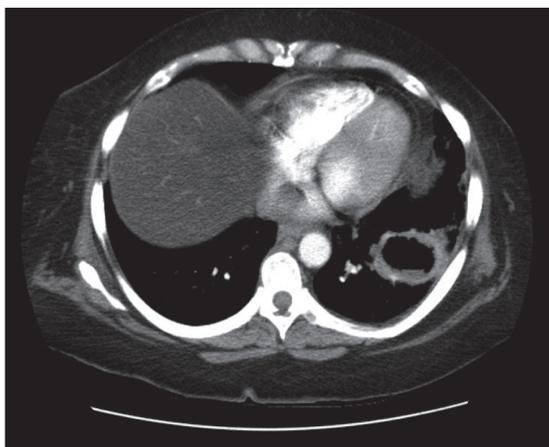


Figura 1. TC: Lesión cavitada de 53 x 48 x 38 mm, de paredes gruesas (hasta 15 mm de espesor) en segmentos basales del lóbulo inferior izquierdo, que muestran una comunicación con una formación heterogénea subdiafragmática, mal definida, con áreas hipodensas, alguna burbuja aérea y elementos radiodensos lineales e irregulares que sugieren fístula transdiafragmática hacia la sutura gástrica.

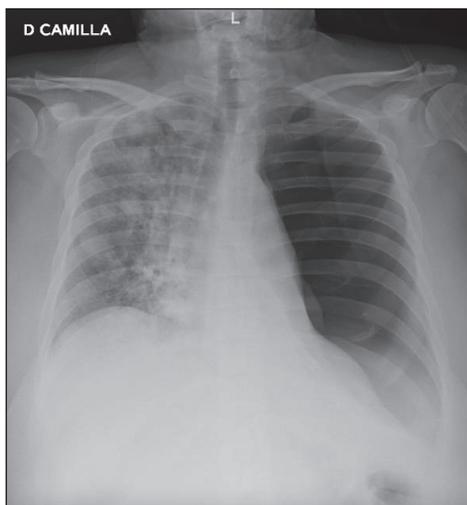


Figura 2. Radiografía de tórax: neumotórax a tensión en pulmón izquierdo, condicionando un desplazamiento de mediastino a hemitórax contralateral.

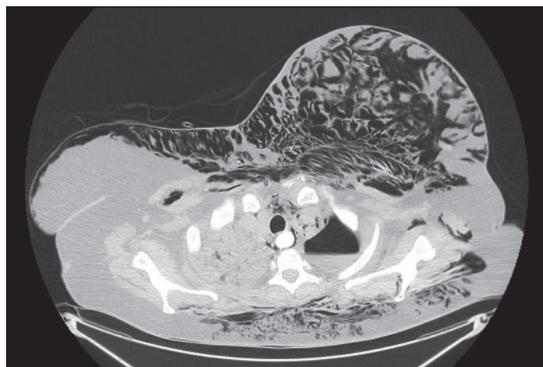


Figura 3. TC: Marcado hidroneumotórax izquierdo. Severo enfisema subcutáneo que disecciona planos musculares y partes blandas de región cervical, torácica y lumbar, y neumomediastino. Condensaciones pulmonares derechas con broncograma aéreo no presentes en TC previo.

¹Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España.

Recepción 2021-07-06, aceptado 2021-07-27

Correspondencia a:
Dra. Ester Ferrer Inaebnit
esterinaebnit@gmail.com

IMÁGENES Y CIRUGÍA

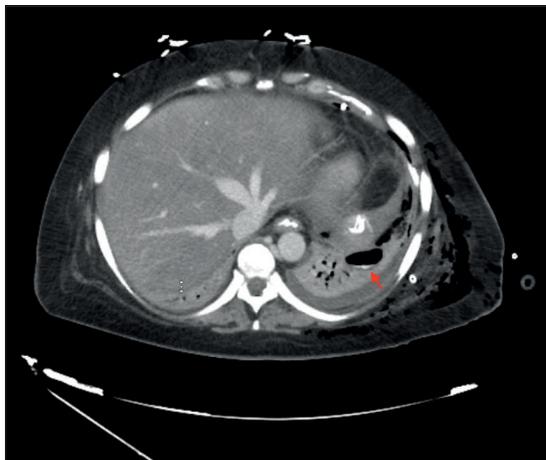


Figura 4. TC con contraste oral: Se observa extravasación del contraste oral que parece originada en la anastomosis gastroyeyunal, con trayecto postero-superior hacia el diafragma y paso a la cavidad torácica, observando contraste en la cavidad pulmonar del lóbulo inferior izquierdo (flecha roja). Dicha cavidad tiene un trayecto aéreo lineal que comunica con la cavidad pleural.

Ingresa en UCI por síndrome de *distress* respiratorio agudo, que evoluciona a *shock* séptico y falla multiorgánica. Presenta una evolución tórpida, con reproducción del neumotórax a pesar de la colocación de varios drenajes torácicos. En TC con contraste oral se observa extravasación del contraste originada en la anastomosis gastroyeyunal (Figura 4). Por ello, se decide revisión quirúrgica, en la que se realiza lavado y colocación de 2 drenajes perianastomóticos.

Tras correcta evolución y TC de control que informa de la resolución de colección pulmonar, es dada de alta a los 2 meses, con sonda nasoyeyunal de alimentación.