

# Fístula gastropleural como complicación infrecuente del cáncer gástrico

## Gastropleural fistula as a rare complication of gastric cancer

Guisella Torres-Figueroa\*, Gonzalo Dulcich, Roy López-Grove, Lorena Savluk

Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Estimados Editores:

La fístula gastropleural (FGP) es una complicación poco frecuente por la que la luz del estómago se comunica patológicamente con el espacio pleural, con solo 93 casos reportados en Medline. Fue descrita por primera vez en 1960 por Markowitz y Herter, quienes basaron su etiología en hernias hiatales perforadas o traumatismos<sup>1,2</sup>; subsecuentemente se describieron como complicaciones de cirugías de pulmón, esófago y *bypass* gástrico, o por colocaciones traumáticas de tubos de tórax, perforaciones de úlceras gástricas o tumores invasivos<sup>3</sup>.

Presentamos el caso de una mujer de 30 años en seguimiento por cáncer gástrico avanzado con secundarismo óseo y ovárico (tumor de Krukenberg), cursando internación por mal manejo del dolor. Intercurre con neumonía aspirativa y neumotórax izquierdo, el cual requirió drenaje pleural. Al retirar el drenaje se evidenció salida espontánea de abundante contenido alimenticio, por lo que se recolocó el drenaje y se solicitó una tomografía computada (TC) de tórax, abdomen y pelvis con contraste oral e intravenoso. La TC mostró una solución de continuidad entre el fondo gástrico y el hemidiafragma izquierdo, con pasaje de contraste oral hacia la cavidad pleural (Fig. 1). Además, se evidenció el engrosamiento difuso gástrico vinculado al proceso tumoral primario conocido. Estos hallazgos se interpretaron como una FGP secundaria al tumor gástrico localmente avanzado. En los pulmones se observaban los focos de neumonía sospechados por el cuadro clínico (Fig. 2).

La paciente requirió resolución quirúrgica del cuadro, en la que se evidenció un implante peritoneal en la cúpula diafragmática izquierda con firmes adherencias al estómago y la solución de continuidad ya vista por TC, por lo que se realizó una rafia del fondo gástrico. La paciente falleció días después de la intervención debido a su cuadro oncológico avanzado.

La presentación clínica de las FGP suele ser insidiosa en pacientes clínicamente estables. Los síntomas pueden ser variables e inespecíficos, incluyendo disnea, tos y dolor torácico o abdominal, y estar asociados a infecciones respiratorias recurrentes. Las complicaciones incluyen sepsis, neumotórax e hidroneumotórax. Por tal motivo, ante la presencia de neumonía recurrente, derrame pleural o hidroneumotórax, y cuando en el líquido pleural se cultiva una flora bacteriana mixta con levaduras en un paciente con cáncer gástrico, debe sospecharse la presencia de una fístula<sup>4</sup>. Nuestra paciente tuvo como complicaciones neumonía e hidroneumotórax<sup>5</sup>.

La TC puede establecer la etiología de la fístula, detectar complicaciones relacionadas y proporcionar información útil en caso de requerir un drenaje percutáneo. Cuando se sospecha una perforación, la TC debería realizarse inicialmente con contraste oral hidrosoluble.

No existe un tratamiento estandarizado para la FGP<sup>6</sup>. El manejo de inicio consiste en tratar las complicaciones y proporcionar una alternativa a la alimentación oral,

### \*Correspondencia:

Guisella Torres-Figueroa

E-mail: guisella.torres@hospitalitaliano.org.ar

Fecha de recepción: 02-11-2023

Fecha de aceptación: 12-03-2024

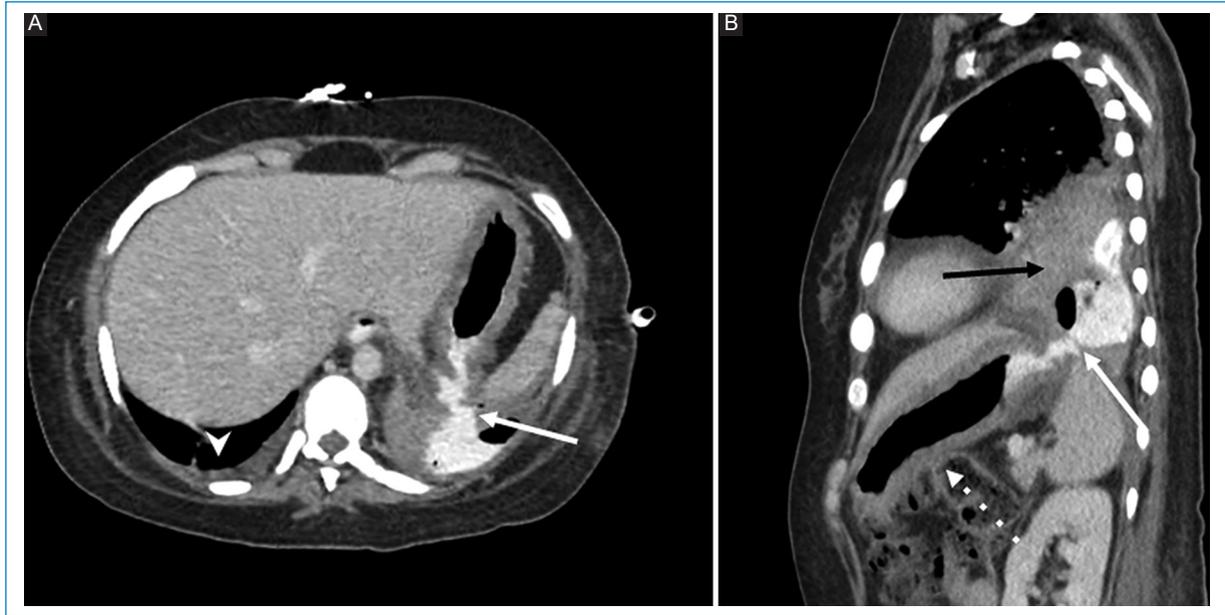
DOI: 10.24875/RAR.23000108

Disponible en internet: 21-11-2024

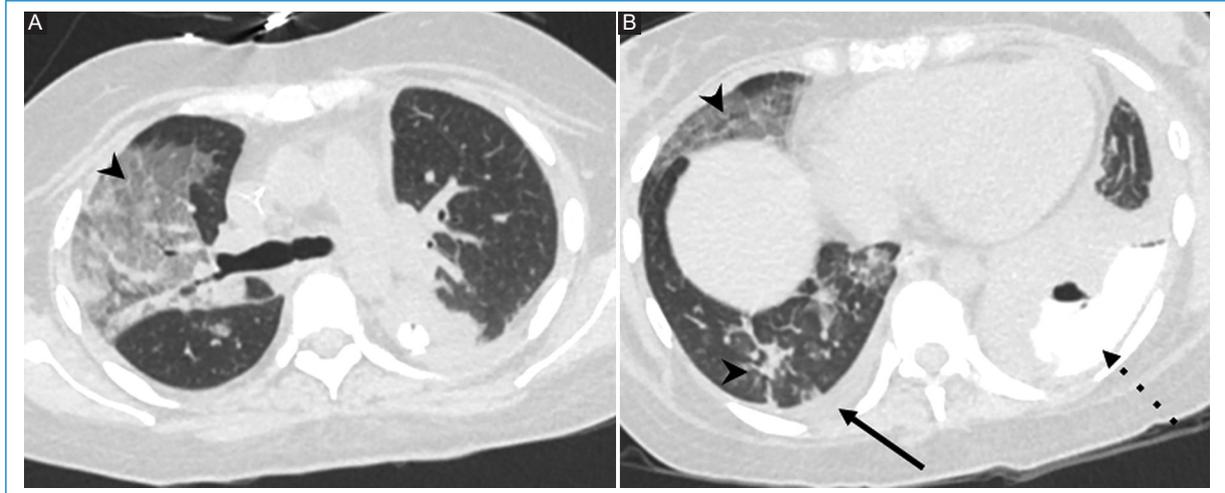
Rev Argent Radiol. (ahead of print)

[www.revistarar.com](http://www.revistarar.com)

1852-9992 / © 2024 Sociedad Argentina de Radiología (SAR) y Federación Argentina de Asociaciones de Radiología, Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante (FAARDIT). Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



**Figura 1.** (A) Corte axial de TC de abdomen con contraste intravenoso y oral que muestra la solución de continuidad en el fondo gástrico con pasaje del contraste oral hacia la cavidad pleural (flecha). (B) Corte sagital de TC de tórax y abdomen con contraste intravenoso y oral que muestra la FGP con atelectasia del parénquima pulmonar adyacente (flecha negra). Nótese el engrosamiento parietal gástrico (flecha punteada) vinculable al tumor primario conocido y el derrame pleural derecho (flecha blanca).



**Figura 2.** (A y B) Cortes axiales de TC de tórax que muestran múltiples áreas de aumento de la atenuación en vidrio esmerilado con sectores consolidativos en el pulmón derecho, vinculable a un proceso inflamatorio-infeccioso (puntas de flecha). Además, se observa derrame pleural derecho laminar (flecha). En la cavidad pleural izquierda se observa el contraste oral proveniente de la luz digestiva (flecha punteada).

como nutrición parenteral o sonda de alimentación por yeyunostomía. Respecto al manejo de la fístula, su cierre puede realizarse por vía endoscópica o quirúrgica.

Este caso enfatiza la rareza de la comunicación fistulosa entre el estómago y la pleura, no habiendo reporte

en la literatura de implantes peritoneales erosivos del diafragma como causa de esta condición. La erosión y el íntimo contacto entre el estómago y la pleura causaron la FGP. Se demuestra la importancia de la TC con contraste oral para su diagnóstico y la evaluación de

complicaciones, que tienen un impacto en la decisión terapéutica.

## Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este trabajo.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de la paciente referidas en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

**Uso de inteligencia artificial para generar textos.** Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

## Bibliografía

1. Markowitz AM, Herter FP. Gastro-pleural fistula as a complication of esophageal hiatal hernia. *Ann Surg.* 1960;152:129-34.
2. Darbari A, Tandon S, Singh GP. Gastropleural fistula: rare entity with unusual etiology. *Ann Thorac Med.* 2007;2:64-5.
3. Baka N, Batra V, Yeung V, Lin S. Diagnosis and management of gastro-pleural fistula in metastatic malignancy. *Cureus.* 2019;11:e4455.
4. Blanc E, Espinós MA, Ballestín J, Vilar J. Fístula gastropleural como manifestación de un linfoma gástrico. *Radiología.* 2005;47:96-8.
5. Alghanim F, Alkhaibary A, Alzakari A, AlRumaih A. Gastropleural fistula as a rare complication of gastric sleeve surgery: a case report and comprehensive literature review. *Case Rep Surg.* 2018;2018:2416915.
6. Ghanem OM, Abu Dayyeh BK, Kellogg TA. Management of gastropleural fistula after revisional bariatric surgery: a hybrid laparoendoscopic approach. *Obes Surg.* 2017;27:2773-7.