

FÍSTULA BILIOPULMONAR EN PACIENTE CON PANCREATITIS CRÓNICA

BRONCHOBILIARY FISTULA IN PATIENT WITH CHRONIC PANCREATITIS

Á. Martínez-Herreros, R. Carreño-Macián, J.L. Cervantes-González

Hospital San Pedro de Logroño. La Rioja.

Resumen

La fístula biliobronquial (FBB) se define como el paso anómalo de la bilis al bronquio y la presencia de biliptisis es un signo patognomónico de la misma. El manejo suele ser difícil y a menudo se asocia con una alta mortalidad. Presentamos el caso de un paciente con cirrosis enólica y pancreatitis crónica en el que se diagnostica una fístula biliopulmonar.

Palabras clave: fístula, biliopulmonar, pancreatitis.

Abstract

Bronchobiliary fistula (BBF) is defined as the pathological communication between the biliary tract and the bronchial tree and the presence of biliptysis (bile in the sputum) is a pathognomonic sign of it. Management is usually difficult and is often associated with high mortality. We report a case of a patient with alcoholic liver cirrhosis and chronic pancreatitis, who is diagnosed with a bronchobiliary fistula.

Keywords: fistula, bronchobiliary, pancreatitis.

CORRESPONDENCIA

Ángela Martínez Herreros
Hospital San Pedro
26006 Logroño, La Rioja
amartinezh@riojasalud.es

Fecha de envío: 17/09/2019

Fecha de aceptación: 19/10/2019

Introducción

La fístula biliopulmonar es una situación clínica poco común en la que existe una comunicación anormal entre la vía biliar y árbol bronquial. Las FBB pueden ser iatrogénicas, congénitas, por traumatismos o abscesos; o por causas obstructivas como litiasis o tumores biliares. La presencia de esputos biliosos puede llevarnos a sospechar este cuadro pero ha de confirmarse mediante estudios radiológicos, destacando la alta sensibilidad de la CPRM. El manejo puede ser difícil y a menudo se asocia con una alta morbilidad y mortalidad.

Presentamos el caso de un paciente con cirrosis hepática enólica y pancreatitis crónica en el que se diagnostica una fístula biliopulmonar.

Caso clínico

Varón de 48 años con antecedentes de cirrosis hepática enólica y pancreatitis crónica con un consumo de alcohol >80 g/día que ingresó en el Servicio de Infecciosas por tos, expectoración verdosa y fiebre. La analítica reveló una hemoglobina 10,1 gr/dL, leucocitos 22.000/μL, plaquetas 96.000/μL, AST 96 UI/L, ALT 72 UI/L, GGT de 261 UI/L, Br 2,5 mg/dL y fosfatasa alcalina normal. El INR era 1,8 and la albúmina 3,2 g/dL. Los hemocultivos fueron negativos. En la radiografía se observó una condensación en base pulmonar derecha sugestiva de neumonía por lo que se inició tratamiento antibiótico intravenoso con piperacilina-tazobactam. Tras varias semanas con escasa mejoría se realizó fibrobroncoscopia en la cual se detalló la

presencia de bilis en el árbol bronquial. Mediante CPRM se observó la vía biliar intrahepática dilatada, una colección subfrénica derecha y una imagen de condensación basal derecha que ocasionaba atelectasia pasiva del LID.

Ante la sospecha de fístula biliobronquial se realizó una CPRE observando una estenosis de la porción distal del colédoco en probable relación con pancreatitis crónica; así como paso del contraste desde la vía biliar al árbol bronquial derecho.

Mediante CPRE se colocó una prótesis biliar plástica de 7 cm con el fin de disminuir el gradiente de presión entre el colédoco y el esfínter de Oddi (**Figura 1**).



Figura 1

Primera CPRE realizada: Se observa dilatación de la vía biliar intrahepática con fuga de contraste hacia tórax.

La evolución fue tórpida. Inicialmente desaparecieron los esputos biliosos y la fiebre presentando una mejoría analítica por lo que fue dado de alta. Un mes después ingresó de nuevo por reaparición de la clínica. Durante dicha estancia se realizó otra CPRE para retirar la prótesis anterior y colocar de una nueva. En ella se pudo observar cómo había mejorado la dilatación de la vía biliar, pero persistía la fuga biliar a pulmón derecho (**Figura 2**).

Tras un ingreso que se prolongó varias semanas el paciente presentó deterioro de la función hepática con hiperbilirrubinemia que ascendió hasta 12,6 mg/dL, encefalopatía hepática y sepsis. La

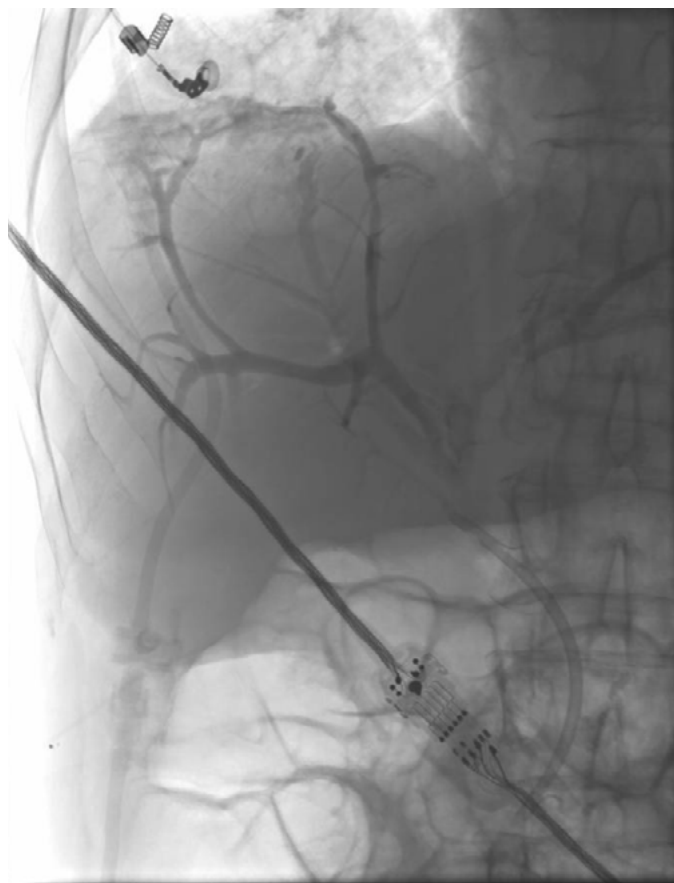


Figura 2

En la segunda CPRE realizada había desaparecido la dilatación de la vía biliar pero persistía la fuga biliar a pulmón derecho.

hepatopatía avanzada del paciente, las carencias nutricionales basales y la alta mortalidad de estos procesos condujeron al fallecimiento del paciente.

Discusión

La fístula biliopulmonar es una situación clínica poco común en la que existe una comunicación anormal entre la vía biliar y árbol bronquial. Las FBB pueden ser iatrogénicas como las posquirúrgicas, congénitas, por traumatismos, abscesos o hidatidosis hepática; o por causas obstructivas como litiasis o tumores biliares. El manejo puede ser difícil y a menudo se asocia con una alta morbilidad y mortalidad.¹⁻³

La presencia de esputos biliosos puede llevarnos a sospechar este cuadro⁴. La presencia de bilis en el esputo puede ser fácil y rápidamente identificada utilizando una tira reactiva de orina o realizando un análisis bioquímico del esputo en el que se medirá la bilirrubina. Cuando éstos no son concluyentes puede hacerse la aspiración de bilis del espacio pleural mediante toracocentesis. Sin embargo, para confirmar la fístula, se han descrito varios métodos radiológicos invasivos tales como la CPRE o la colangiografía transhepática percutánea, Y otros métodos no invasivos como el TC o la CPRM destacando de ésta su alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico^{4,5}.

Actualmente, los enfoques terapéuticos de elección son los endoscópicos o percutáneos mediante colocación de prótesis o realizando esfinterotomía, siendo necesarias varias semanas para el cierre de la fístula. El tratamiento quirúrgico es planteado cuando los anteriores no son satisfactorios⁶⁻⁸. La somatostatina y sus análogos como el octreótido suprimen las secreciones gastrointestinales mediante la inhibición de la liberación de hormonas pancreáticas y gastrointestinales, por lo que se pueden administrar como un complemento para reducir la producción biliar⁹. Otro tratamiento no quirúrgico planteado ha sido la embolización de la fístula con adhesivos tisulares como el cianoacrilato, indicado en aquellos pacientes en quienes el tratamiento convencional ha fracasado y no son candidatos a tratamiento quirúrgico¹⁰.

En nuestro caso, la formación de la fístula biliopulmonar fue secundaria a la estenosis distal del colédoco a consecuencia de la pancreatitis crónica. Por dicho motivo, se realizó un tratamiento endoscópico, descartando el abordaje quirúrgico debido al alto riesgo asociado por la cirrosis hepática y la hipertensión portal.

Bibliografía

1. Jamal Y, Tombazzi C, Waters B, et al. Bronchobiliary fistula in a cirrhotic patient: a case report and review of the literature. *Am J Med Sci.*2008;335:315–319
2. Hodgdon IA1, Thurston RS. Bronchobiliary fistula: a case report. *J La State Med Soc.* 2011 May-Jun;163(3):148-50
3. Eck BD, Passinault WJ. Bronchobiliary fistula. A rare complication of chronic pancreatitis. *Int J Pancreatol* 1996; 20:213-6.
4. Schwartz ML, Coyle MJ, Aldrete JS, Keller FS. Bronchobiliary fistula: complete percutaneous treatment with biliary drainage and stricture dilation. *Radiology* 1988; 168:751-2
5. Khalid TR, Casillas VJ, Montalvo BM, et al. Using MR cholangiopancreatography to evacuate iatrogenic bile duct injury. *AJR Am J Roentgenol* 2001;177:1347–52
6. Guan-Qun Liao, Hao Wang, Guang-Yong Zhu, Kai-Bin Zhu, Fu-Xin Lv, Sheng Tai. Management of acquired bronchobiliary fistula: A systematic literature review of 68 cases published in 30 years. *World J Gastroenterol* 2011 September 7; 17(33): 3842-3849.
7. Thrumurthy SG, Anuruddha AH, De Zoysa MI, Samarasekera DN. ERCP for the treatment of traumatic biliobronchial and bilio-cutaneous fistulas. *Endoscopy.* 2011;43 Suppl 2 UCTN:E42.
8. Yilmaz U, Sahin B, Hilmioğlu F, et al. Endoscopic treatment of bronchobiliary fistula: report on 11 cases. *Hepatogastroenterology* 1996;43:293–300
9. Andersen HB, Petronijevic L, Giese B, Mygind T, Burcharth F. Somatostatin reduces bile secretion and loss of bile constituents in patients with external biliary drainage. *HPB Surg* 1996; 9:229-33
10. Memis A, Oran I, Parildar M. Use of histoacryl and a covered nitinol stent to treat a bronchobiliary fistula. *J Vasc Interv Radiol* 2000;11:1337–40