

Nuestro caso clínico ilustra una evolución atípica del mesotelioma pleural, dada su elevada supervivencia con el tratamiento oncológico (36 meses, cuando la supervivencia media se sitúa en unos 12 meses) y con una diseminación excepcional por su rareza.

Bibliografía

1. Vogelzang NJ, Rusthoven JJ, Symanowski J, Denham C, Kaukel E, et al. Phase III study of pemetrexed in combination with cisplatin versus cisplatin alone in patients with malignant pleural mesothelioma. *J Clin Oncol.* 2003;21:2636–44.
2. Robinson BW, Lake RA. Advances in malignant mesothelioma. *N England J Med.* 2005 3;353:1591–603.
3. Aisner J. Current approach to malignant mesothelioma of the pleura. *Chest.* 1995;107 6 Suppl:332S–44S.
4. Jassem J, Ramlau R, Santoro A, Schuette W, Chemaissani A, et al. Phase III trial of pemetrexed plus best supportive care compared with best supportive

care in previously treated patients with advanced malignant pleural mesothelioma. *J Clin Oncol.* 2008;26:1698–704, <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2006.09.9887>

Patricia Cruz Castellanos*, Teresa González Merino y Javier de Castro Carpeño

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cruz.patricia@hotmail.com (P. Cruz Castellanos).

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2017.08.018>
0300-2896/

© 2017 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Fístula biliobronquial, una complicación tardía de la cirugía hepática



Bronchobiliary Fistula, a Late Complication of Liver Surgery

Estimado Director:

La fístula biliobronquial es una comunicación anormal entre la vía biliar y el árbol bronquial. En 1850, Peacock describió el primer caso en una mujer de 20 años de edad con equinocosis hepática¹. Es una entidad rara² y son pocos los casos reportados en la bibliografía. Tiene una elevada morbimortalidad y su diagnóstico es básicamente clínico por la presencia de bilipneumonia, es decir, el esputo bilioso, que es patognomónico³. La presen-

cia de bilis tiene un efecto corrosivo sobre pulmón y el espacio pleural.

Varón de 57 años que acude a urgencias por fiebre de 38,5 °C de 3 días de evolución y expectoración biliosa. Como antecedentes destacan adenocarcinoma de sigma con metástasis hepáticas, por lo que se pautó quimioterapia neoadyuvante con irinotecán y cetuximab. Posteriormente se realizó embolización portal y resección quirúrgica de metástasis hepáticas (hepatectomía derecha, resección de segmento 4A y lóbulo izquierdo) colecistectomía y esplenectomía. Recibió tratamiento con cetuximab en monoterapia hasta que se le realizó sigmoidectomía con anastomosis colorrectal 8 meses antes de que viniese a urgencias. En este momento la neoplasia de sigma está en remisión (CEA 3,9 ng/ml) y el paciente está en tratamiento con cetuximab cada 15 días.

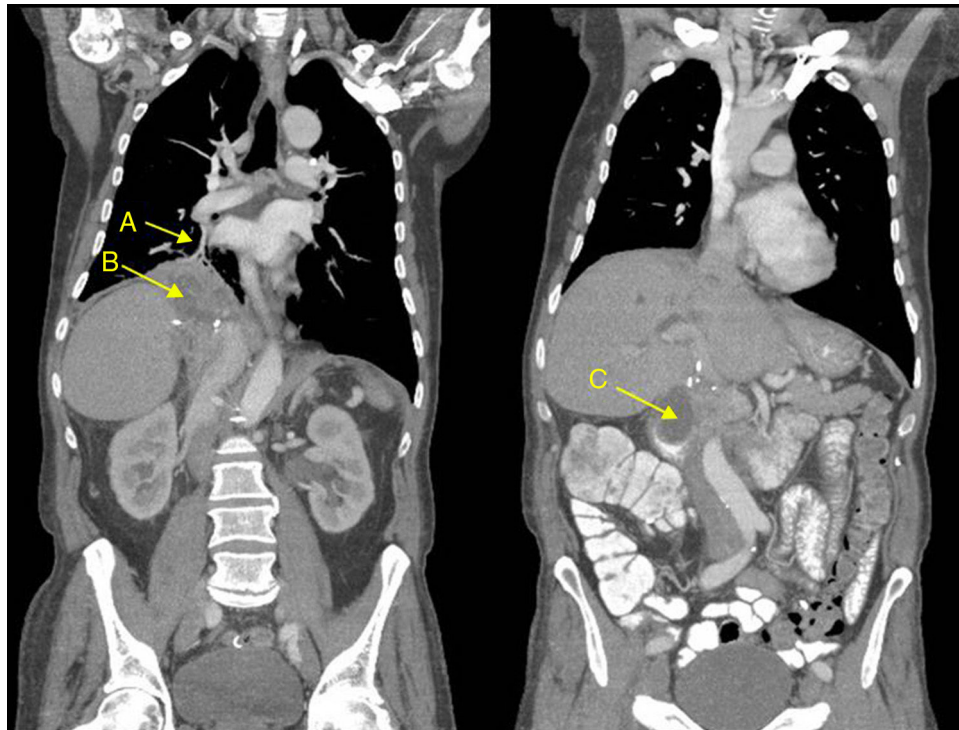


Figura 1. Cortes de reconstrucción multiplanar coronal en TC, realizada con contraste intravenoso. (A) Muestra el trayecto fistuloso del árbol biliar a bronquio de lóbulo inferior derecho. (B) Colección subfrénica derecha. (C) Colección subhepática.

En la exploración física se objetiva tensión arterial 130/80 mmHg, frecuencia cardíaca 115 lpm, temperatura 37,5 °C y saturación de oxígeno 89%. Mal estado general, ictericia conjuntival, disminución del murmullo vesicular en campo derecho con crepitantes y hepatomegalia de 2 traveses de dedo. En analítica destaca notable leucocitosis (25.790/ μ l) con neutrofilia (80%). Se realiza radiografía de tórax en la que destaca la presencia de una condensación en el lóbulo inferior derecho. Ante la sospecha de probable fístula biliopulmonar como complicación tardía de cirugía hepática se solicita TC toracoabdominal en la que se objetiva afectación parenquimatosa en el lóbulo inferior derecho por fístula pulmonar inferior derecha-subfrénico-hepatobiliar. Tanto en la TC como en la colangiografía magnética nuclear se muestra gran colección desde el hemitórax derecho hasta región subhepática con extensión cráneo caudal total de 16 cm. Está conformada por una colección subfrénica (7,5 \times 12 cm) multitabacada que se conecta con una colección subhepática de 4,5 \times 4,5 cm (bilioma) (fig. 1).

Se inicia antibioterapia empírica de amplio espectro con meropenem durante 12 días. Se realiza colangiografía percutánea, colocándose doble drenaje biliar percutáneo externo de segmentos II y III sin incidencias.

Aunque inicialmente precisó manejo en la unidad de cuidados intensivos, el paciente presentó evolución clínica y radiológica muy favorable con desaparición de la fiebre al tercer día, mejoría de la insuficiencia respiratoria y resolución del infiltrado radiológico. Al alta se pautó tratamiento con cefalosporina de tercera generación (cefixima) durante una semana. En la TC toracoabdominal de control a los 11 días del alta se objetivó disminución de la afectación neumónica inferior derecha, alguna pequeña imagen residual en el trayecto de la fístula y disminución del tamaño de la colección subfrénica (6,2 \times 3,67 cm).

Las fístulas biliobronquiales pueden ser congénitas o adquiridas. Estas últimas a su vez pueden ser por 3 mecanismos:

1. La fístula por trauma, que es la más frecuente y se produce por heridas que atraviesan el pulmón, diafragma e hígado. En esta categoría también se incluiría la cirugía de la vía biliar, sobre todo en intervenciones laparoscópicas. En nuestro caso clínico

la fístula es una complicación secundaria a la cirugía hepática previa.

2. La fístula por patología hepática; las causas más comunes son el quiste hidatídico y el absceso hepático amebiano.
3. La fístula debida a obstrucción de la vía biliar.

Para el diagnóstico de las fístulas biliobronquiales están indicadas la colangiografía transhepática percutánea⁴, broncoscopia, reconstrucción tridimensional de tomografía computarizada⁵ y colangiocentelografía⁴. La resonancia magnética con contraste agrega información funcional. No hay un consenso en el manejo terapéutico de estas fístulas; revisando la literatura se sugiere reservar el manejo quirúrgico para las fístulas que no responden al tratamiento conservador y/o fístulas complicadas.

Bibliografía

1. Carrillo Muñoz A, Sánchez Valdez T, Gil Rojas N, Navarro Reynoso F, Núñez-Pérez Redondo C, Cícero Sabido R. Un caso raro de fístula biliobronquial. Revisión bibliográfica. *Rev Med Hosp Gen Mex.* 2013;76:47–51.
2. Matsumoto T, Otsuka K, Kaihara S, Tomii K. Biliary Pneumonia due to the Presence of a Bronchobiliary Fistula. *Intern Med.* 2017;56:1451–2.
3. Eryigit H, Oztas S, Urek S, Olgac G, Kurutepe M, Kutlu CA. Management of acquired bronchobiliary fistula: 3 case reports and a literature review. *J Cardiothorac Surg.* 2007;2:52.
4. Loinaz C, Hernández T, Mitjavila M, Martín J, Ochando F, Madariaga ML, et al. Biliobronchial fistula after liver surgery for giant hydatid cyst. *HPB Surg.* 2011;2011:347654.
5. Martínez-Velado E, Palomar-Rodríguez LM, Olivo Esteban JR. Bronchobiliary fistula. *Rev Esp Enferm Dig.* 2012;104:210–1.

Mario Miranda García *, Alí Martakoush María y María Cobos Briz

Servicio de Urgencias, Hospital Universitario HM Puerta del Sur, Móstoles, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariomiranda7@hotmail.es
(M. Miranda García).

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2017.09.013>
0300-2896/

© 2017 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Leser-Trélat Sign Secondary to Thymic Carcinoma



Signo de Leser-Trélat secundario a carcinoma tímico

Dear Editor:

A 64-year-old woman presented with left hemithorax pain, cough and weight loss of approximately 20 kg over a 4-month period. She had a history of smoking (40 packs/year) and chronic hypertension. On physical examination, she was eupneic on room air, with normal pulmonary auscultation, and presented left supraclavicular lymph-node enlargement. Multiple brownish warty plaques with verrucous texture were present on the patient's skin; they predominated in the anterior trunk (Fig. 1A), with onset about 6 months previously. The patient also reported mild signs and symptoms of dysphonia, dysphagia and hoarseness. Blood tests revealed mild anemia. Other laboratory data were unremarkable.

Chest computed tomography showed an irregular mass in the anterior mediastinum, in close contact with the aortic arch, with

heterogeneous contrast enhancement. The mass infiltrate the left paratracheal space, through the aortopulmonary window. The left hemidiaphragm was elevated, probably due to a phrenic nerve injury. Lymph node enlargement was observed, predominantly in the left supraclavicular region, with necrotic centers (Fig. 1C and D). A biopsy of the supraclavicular lymph node with immunohistochemical study revealed a poorly differentiated malignant neoplasm compatible with thymic carcinoma. The skin lesions were characterized as seborrheic keratoses. Given these features, a diagnosis of Leser-Trélat sign was made. The patient was referred for treatment of thymic carcinoma. Her condition worsened, and she died 2 months later.

Seborrheic keratoses are benign dermatological lesions characterized by proliferation of immature keratinocytes, which develop normally and gradually in some patients, especially those in the fifth and sixth decades of life. They present in well-defined, rounded or ovoid shapes and they are hyperpigmented, brownish or blackish with raised, verrucous and wrinkled surfaces. Preferred locations are the trunk, extremities, face and neck.¹