

Fístula gastrobrónquica por adenocarcinoma de muñón gástrico

Dres. Luis Ruso Martínez¹, Raúl Praderi²

Resumen

Los autores presentan el caso de un paciente de 67 años, al cual 20 años antes se le había practicado una gastrectomía Billroth II por ulcus gastroduodenal, que ingresa por cuadro febril y broncorrea purulenta. Al realizarse un estudio de esófago-gastro-duodeno, se rellena el árbol bronquial constatándose la presencia de una amplia fístula gastro-brónquica.

La fibrogastroscofia certificó la existencia de un cáncer de fundus gástrico fistulizado a través del diafragma. El enfermo no alcanzó a ser operado y falleció séptico.

Palabras clave: Cáncer de estomago – complicaciones
Fístula gastrobrónquica

Summary

The authors present the case of a 67 year old patient who 20 years earlier had undergone a Billroth II gastrectomy due to gastroduodenal ulcus and is admitted because of fever and purulent bronchorrhea. While making an esophagogastroduodenum study, the bronchial tree was filled, showing the presence of an ample gastrobronchial fistula. Fibrogastroscofy certified the existence of cancer of the gastric fundus fistulized through the diaphragm. The patient died in septic state before being operated on.

Historia clínica

R.J. CASMU. Reg. 301.048.

Paciente de 67 años, masculino, gastrectomizado 20 años antes, por ulcus gastroduodenal con reconstrucción del tránsito tipo Billroth II. Ingresó el 7 de diciembre de 1983, por dolores óseos generalizados, tos broncorrea purulenta y vómitos. Tránsito digestivo bajo conservado normal.

Examen: mal estado general, febril. Anemia clíni-

ca. Polipneico. Síndrome de condensación a bronquio permeable en base de hemitórax izquierdo.

Abdomen distendido, libre, depresible indoloro.

Hemodinámicamente estable. Resto examen normal.

FGC. Fundus gástrico, inmediatamente subcardial, se observa lesión vegetante ulcerada, que impregna como neoplasma avanzado del muñón gástrico.

Resto del remanente gástrico y neoboca normales.

Biopsia gástrica. Adenocarcinoma de bajo grado de diferenciación con áreas de supuración en los fondos de sacos glandulares del tumor.

FBC. Tráquea, carina y ambos bronquios fuentes, normales. Lavado y cepillado de lóbulo inferior izquierdo, ramas basales y lingual.

Citología del cepillado: extendidos inflamatorios, células cilíndricas, mucus y leucocitos. No se observan células neoplásicas.

EGD. Estómago, extensa lesión vegetante en la región tuberositaria que comunica con la base del pulmón izquierdo. Se obtiene broncografía. Los bronquios del lóbulo inferior izquierdo, comunican con un absceso de base de tórax.

En los días siguientes, el paciente desarrolla un cuadro séptico, que impide su intervención quirúrgica y fallece.

Comentarios

La perforación gástrica por cáncer fue conocida aun antes que la ulcerosa; la señala por primera vez Laennec en 1824, en una necropsia⁽¹⁾.

El 10 a 20% de los neoplasmas gástricos, están topografiados en el tercio proximal⁽²⁾.

Uno de nosotros RP⁽³⁾ estima en 7,5% el porcentaje de perforaciones gástricas por cáncer, sin embargo, la fistulización pulmonar de un adenocarcinoma gástrico es excepcional y no encontramos documentación al respecto en las publicaciones nacionales^(1 2).

En nuestro medio, los tránsitos abdominotorácicos izquierdos son de naturaleza hidática⁽⁴⁻⁸⁾.

Trabajo del Departamento de Cirugía del CASMU.

¹ Asistente Clínica Quirúrgica. ² Profesor de Clínica Quirúrgica Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 2 de agosto de 1989.

Correspondencia: Dr. Luis Ruso Martínez. Verdi 4067 ap. 201. Montevideo.

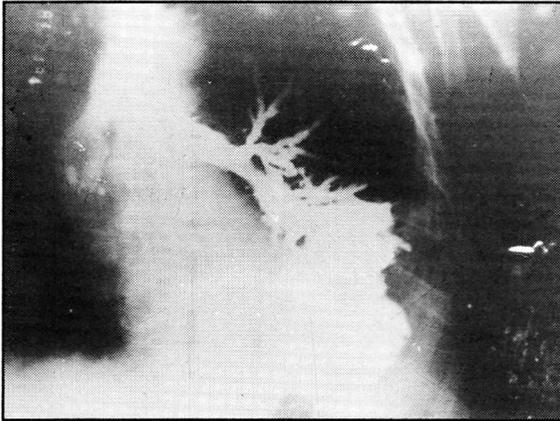


Figura 1. Estudio baritado esofagogastroyeyunal

La información internacional también es escasa. Moelier⁽⁹⁾ revisa la literatura anglosajona de 35 años y reúne apenas 14 casos de fístulas gastrobrónquicas, de diversa etiología, con predominio de 10/4 de hombres sobre mujeres, edad promedio de 43,5 años y mortalidad de 28,5%.

Su presentación clínica es grave. Accesos de tos post-prandial, mal estado general, broncorrea, disnea y síndrome de condensación parenquimatosa pulmonar dominan el cuadro de este paciente, en ausencia de signología físico-abdominal de jerarquía.

Esta complicación debe sospecharse frente a un paciente portador de neumopatías agudas a repetición, supuraciones pulmonares recurrentes o resistentes a la antibioticoterapia o más fácilmente frente a la expectoración de contenido gástrico^(10,11).

El cultivo de gérmenes del tubo digestivo: gram negativos, *E. Coli*⁽¹¹⁾, *proteus*⁽¹²⁾, *pseudomona aureoginosa*⁽¹⁰⁾ y anaerobios como, *C. Wellchi*⁽¹²⁾ en la bacteriología del esputo, son elementos a tener presente para el diagnóstico.

Las hernias diafragmáticas⁽¹³⁾ y el reflujo gastroesofágico, con aspiración del contenido digestivo, han motivado errores diagnósticos, sólo aclarados durante la exploración quirúrgica⁽¹¹⁾.

Los procesos de la región supra y retrotuberositaria del estómago, originados a nivel del tejido subperitoneal o de las estructuras vecinas como lóbulo izquierdo del hígado, parte alta del estómago, aorta abdominal, cola del páncreas y pilares del diafragma pueden franquear el hemidiafragma izquierdo por disociación de sus haces y desarrollarse en el ambiente torácico. El diagnóstico topográfico de estos procesos puede ser muy difícil⁽⁶⁾.

La confirmación diagnóstica debe buscarse mediante el estudio baritado esofagogastroyeyunal, como en nuestro caso (Figura 1), puede observarse en posición de Trendelenburg la comunicación gastrobrónquica a través de un absceso intermediario. Si

quedan dudas debe asociarse un brongrama con contraste lipiodado^(10,11).

La endoscopía tanto bronquial como digestiva, son de escaso valor diagnóstico; es muy difícil observar el orificio fistuloso.

En las fístulas neoplásicas, la infiltración tumoral, con necrosis secundaria del diafragma y pulmón, explican fácilmente su origen. La infección sobreagregada —a gérmenes digestivos— es origen de supuraciones pulmonares que pueden constituir abscesos intermedios, cuya evacuación por vía bronquial es responsable de la sintomatología de esta entidad^(10,11).

Los carcinomas y los linfomas gástricos⁽¹⁰⁾, aunque también los tumores pancreáticos pueden adoptar esta conducta en su crecimiento⁽⁹⁾.

La patogenia de los casos no neoplásicos es menos conocida.

Los abscesos subfrénicos^(9,14,15) provocan disminución de la motilidad diafragmática y la consiguiente disminución en la ventilación y drenaje bronquial del pulmón; extendiéndose la infección por vía linfática a través del diafragma hacia la pleura y pulmón izquierdo.

La patogenia de las fístulas traumáticas postoperatorias y ulcerosas es muy difícil de explicar. Indudablemente, la disrupción de la mucosa gástrica, es la lesión primaria, ácido, pepsina, sales biliares, amilasa salival y lipasa gástrica, se citan como causa de la necrosis diafragmática y luego del tejido pulmonar⁽⁹⁾.

En nuestro medio, con alta infestación, los quistes hidáticos del lóbulo izquierdo del hígado se abren hacia los segmentos basales del pulmón derecho (en lo que Deve llamó «variedad cruzada») los tránsitos hidáticos izquierdos, quedan reducidos a quistes esplénicos con grueso proceso adherencial diafragmático o supurados, lo que configura una situación excepcional^(4,5). Más raros son las migraciones torácicas de quistes hidáticos del riñón izquierdo⁽⁶⁾.

El tratamiento definitivo de las fístulas gastrobrónquicas es quirúrgico. La táctica depende de la etiología que condicionó el proceso. En las fístulas neoplásicas, no fue posible realizar la resección tumoral, ni en este caso, ni en los referidos en la literatura⁽⁹⁾. La conducta ideal, si las condiciones del paciente lo permitieran, sería la gastrectomía total y la lobectomía inferior izquierda, incluyendo el sector de diafragma infiltrado.

En suma: la fistulización bronquial de un cáncer del fundus gástrico es una entidad rara, cuya etiología, diagnóstico tardío y evolución a la sepsis, le confieren extrema gravedad. Requiere un diagnóstico adecuado y tratamiento precoz, lo cual no se ha conseguido realizar.

Bibliografía

1. D'Auria A. Perforación de cáncer gástrico. *Cir Uruguay* 1977; 46: 1.
2. Bergalli L, Aliano A, Balboa O, Estapé G, Musse I, Soto J,

Vercelli J. Cáncer del techo gástrico y cardias (MR). Cir Uruguay 1979; 49: 303.

3. Praderi R. Fístulas neoplásicas gastroyeyunales. Cir Uruguay 1972; 42: 260.
4. Larghero P, Venturino L, Broli C. Equinococosis hidatídica del abdomen. Montevideo: Delta, 1962.
5. Santana C, Praderi Gambardella L, Praderi L. Tránsito hidatídico esplenotórácico. Cir Uruguay 1989; 59 (5-6): 194-6.
6. Tomalino D. Complicaciones torácicas de la equinococosis hepática. El Tórax. 1962; 11: 85.
7. Sarroca C, Francia E, Amonte P. Tránsito hidático hepatotórácico izquierdo agotado. El Tórax 1975; 24: 116.
8. Armand Ugón V, Tomalino D. Tránsitos hidáticos hepatotórácicos. Consideraciones sobre 40 casos personales. Tórax 1958; 7: 188.
9. Moeller D, Carpenter P. Gastrobronchial fistula. Case report and review of the english literature. Am J Gastroenterol 1985; 80: 538.
10. Angelino V, O'Donohue W, Campell J, Hurley J, Fitzgibbons R. Gastrobronchial fistula secondary to a subphrenic abscess. Chest 1983; 84: 85.
11. Quasha A, Pairolero P. Anesthesiology 1980; 52: 175.
12. Milne R, Thomson J. A case of gastrobronchial fistula. Br J Surg 1970; 57: 632.
13. Liavaag K. Gastrobronchial fistula. Report of a case. Acta Chir Scand 1948; 96: 425.
14. Hathirat S, Renzetti A. Gastrobronchial fistula complicating subphrenic abscess. Am Rev Respir Dis 1967; 99: 581
15. Missen A, Pemberton A, Boon A. Gastrobronchial fistula Postgrad Med J 1974; 50: 504.

VIENE DE PAG. 80

- 4) Hipertensión portal
- 5) Formación del cirujano en pediatría
- 6) Malformaciones urinarias
- 7) El niño politraumatizado
- 8) ¿Es necesario la existencia de un centro de tratamiento intensivo exclusivo para pacientes quirúrgicos?

1RAS. JORNADAS LATINOAMERICANAS DE RESIDENTES QUIRURGICOS

- Manejo de la hemorragia digestiva baja en la urgencia.
- Técnicas básicas en cirugía abdominal.
- Manejo del politraumatizado grave en emergencia.

1AS. JORNADAS LATINOAMERICANAS INTEGRADAS DE INSTRUMENTADORES QUIRURGICOS (Actividad matutina – miércoles, jueves, viernes).

- Presidenta: Inst. Margarita Anselmi.
- Vice Presidenta: Inst. Teresa Miguel.
- Secretaria: Inst. Rosa Pintos.
- Presidenta del Comité Científico: Inst. Martha de la Fuente.

Programa Científico

- Traumatología – Inst. Zulma Testa.
- Cirugía de Tórax – Inst. Rosa Warren.
- Oftalmología – Integrantes de la Asociación Uruguaya de Técnicos Oftalmológicos.
- Cirugía Plástica – Inst. Margarita Anselmi.
- Ética – Inst. Paulette Bittar (Presidenta Comisión de Ética de F.L.I.Q.).
- Mesa Redonda del Instrumentador Latinoamericano – “Actualidad profesional”.
- Taller – “Instrucción del Instrumentador”.
- Charla – Experiencias con los becarios de los diferentes países latinoamericanos.
- Temas Libres – Argentina – Uruguay.

Mesa Redonda coordinada por la Federación Latinoamericana de Instrumentadores Quirúrgicos

- El instrumentador quirúrgico latinoamericano. Actualidad profesional.
- Seminario Taller conjunto: Cirujanos – Enfermeras – Instrumentadores
- Asepsia y Antisepsia en Sala de Operaciones

ACTIVIDADES FEDERACION LATINOAMERICANA DE MASTOLOGIA (F.L.A.M.)

- a) Mesa Redonda: “Patología Benigna de la Mama”
Coordinador: Dr. Antonio Figueras Filho (Brasil)

- b) Mesa Redonda: “El diagnóstico oportuno en el Cáncer de Mama”
Coordinador: Dr. Miguel Mate.
- c) Diálogo con Expertos: «Controversias en el tratamiento del Cáncer de Mama».
Coordinador: Dr. Edgardo Bernardello (Argentina)

1ERAS. JORNADAS LATINOAMERICANAS INTEGRADAS DE ENFERMERIA QUIRURGICA (actividad matutina).

- Invitada: E.U. Bárbara Gruendemann (EE.UU.).

Reglamento de temas libres, videos, posters

- Para todas las especialidades Fecha límite de recepción de los trabajos: 31/08/93.

Premio Ethicon U\$S 5.000. Fecha límite 1/11/93.

- Bases en Secretaría del Congreso Meetings: Cerro Largo 1582 – 48 22 99

ARANCELES DE INSCRIPCION

	Socios de la Sociedad de Cirugía del Uruguay. Socios de la Asociación de Nurses del Uruguay. Socios de la Sociedad de Instrumentadores Quirúrgicos del Uruguay		No Socios	
	Antes del 15/10/93	después del 15/10/93	antes del 15/10/93	después del 15/10/93
	U\$S	U\$S	U\$S	U\$S
Residentes	90	120	130	160
Estudiantes				
Cirujanos	120	150	170	200
Enfermeras y Auxiliares de Enfermería	75	100	110	140
Instrum.	75	100	110	140

En Uruguay se puede efectuar el pago hasta en 5 cuotas en la Secretaría del Congreso a partir del 15/04/92 y su cancelación definitiva deberá ser antes del 15/10/93.
Acompañantes de socios: U\$S 30. Acompañantes de no socios U\$S 60.