

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 fistula biliopulmonar como complicación tardía de cirugía hepática se solicita TC toracoabdominal en la que se objetiva afectación parenquimatosa en el lóbulo inferior derecho por fistula 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 fistula y disminución del tamaño de la colección subfrénica (6,2 \times 3,67 cm).

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

1. La fistula 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 fistula es una complicación secundaria a la cirugía hepática previa.

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

Para el diagnóstico de las fistulas 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 fistulas; revisando la literatura se sugiere reservar el manejo quirúrgico para las fistulas que no responden al tratamiento conservador y/o fistulas 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 fistula 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

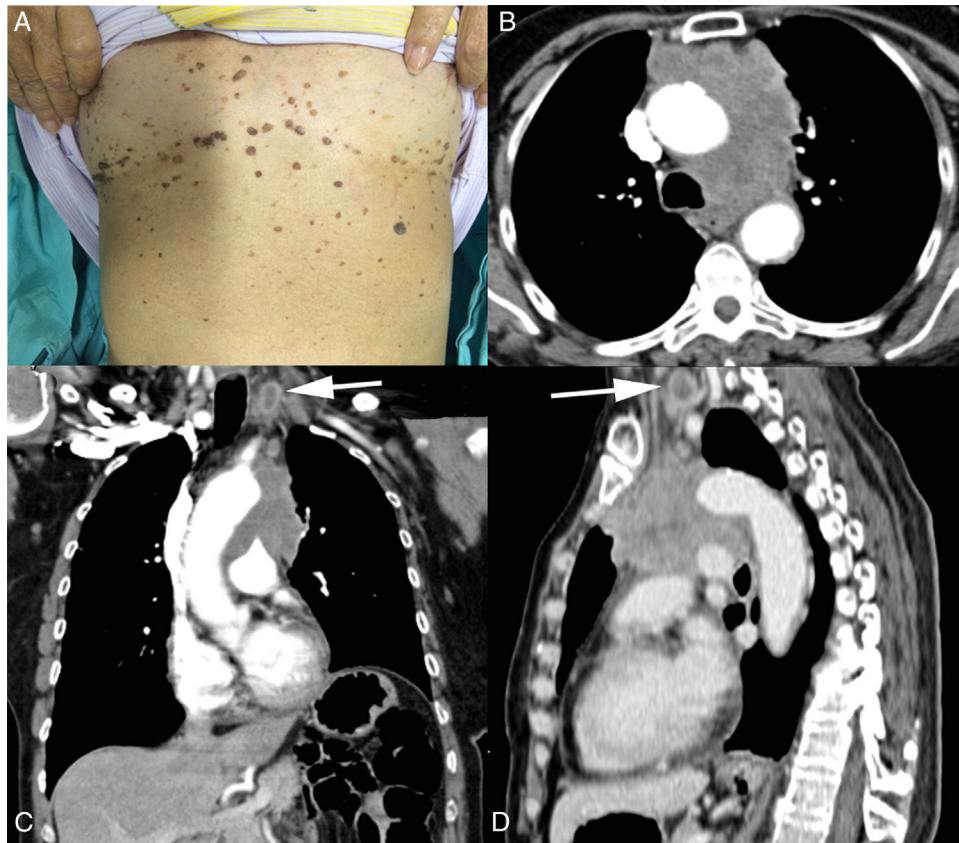


Fig. 1. (A) Photograph showing multiple eruptive seborrheic keratoses in the patient's trunk. (B) Axial, (C) coronal and (D) sagittal computed tomography images showing a heterogeneous mass in the anterior mediastinum in close contact with aorta, partially compressing the left pulmonary artery. The mass also infiltrate the left paratracheal space, through the aortopulmonary window, determining elevation of the left hemidiaphragm, probably due to a phrenic nerve injury. Left necrotic supraclavicular lymph-node enlargement (arrows) is also visible.

Leser-Trélat sign refers to the sudden onset and rapid growth in number and size of multiple lesions of seborrheic keratoses, sometimes associated with pruritus, which precede, succeed or occur concomitantly with a neoplasm, whether hidden or known.^{2,3} About 20% of patients present associated acanthosis nigricans.⁴ Classically, the sign is related to adenocarcinomas, especially those of the gastrointestinal tract and breast, but also those of the lung, kidney, liver, pancreas, ovary, uterus and prostate, as well as lymphoproliferative diseases, among others.²⁻⁴ The pathophysiological mechanism is not completely understood, but the sign is believed to be caused by cytokine stimuli, growth or humoral factors produced by or in response to the tumor.⁵ Some authors have also reported associations with benign conditions, such as pregnancy and some benign tumors. Histopathological findings are similar to those of usual seborrheic keratosis. No specific treatment is available for the lesions,⁴ but regression occurs with treatment of the underlying disease in some cases.³

In conclusion, the sudden onset and rapid growth of eruptive seborrheic keratoses (Leser-Trélat sign) may lead to the early diagnosis of an occult cancer. These lesions may coincide with the diagnosis of cancer, or follow or precede it by months or years.

References

1. Hafner C, Vogt T. Seborrheic keratosis. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2008;6:664.
2. Schwartz RA. Sign of Leser-Trélat. *J Am Acad Dermatol.* 1996;35:88–95.
3. Boyce S, Harper J. Paraneoplastic dermatoses. *Dermatol Clin.* 2002;20:523–32.
4. Pipkin CA, Lio PA. Cutaneous manifestations of internal malignancies: an overview. *Dermatol Clin.* 2008;26:1–15.
5. Silva JA, Mesquita Kde C, Igreja AC, Lucas IC, Freitas AF, Oliveira SM, et al. Paraneoplastic cutaneous manifestations: concepts and updates. *An Bras Dermatol.* 2013;88:09–22.

Gustavo Braga Mendes, Gláucia Zanetti, Edson Marchiori*

Department of Radiology, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil

* Corresponding author.

E-mail address: edmarchiori@gmail.com (E. Marchiori).

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2017.08.020>

0300-2896/

© 2017 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.