



Imagen clínica

Doble fístula tras cavitación de adenocarcinoma pulmonar tratado mediante termoablación con microondas. Una complicación muy infrecuente

Double Fistula After Cavitation of Lung Adenocarcinoma Treated by Microwave Thermal Ablation. An Exceedingly Rare Complication

Antonio Jesús Láinez Ramos-Bossini^{a,b,*}, Eduardo Ruiz Carazo^a y Genaro López Milena^a

^a Sección de Radiología Cardiorrespiratoria, Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^b Departamento de Radiología, Facultad de Medicina, Universidad de Granada, Granada, España

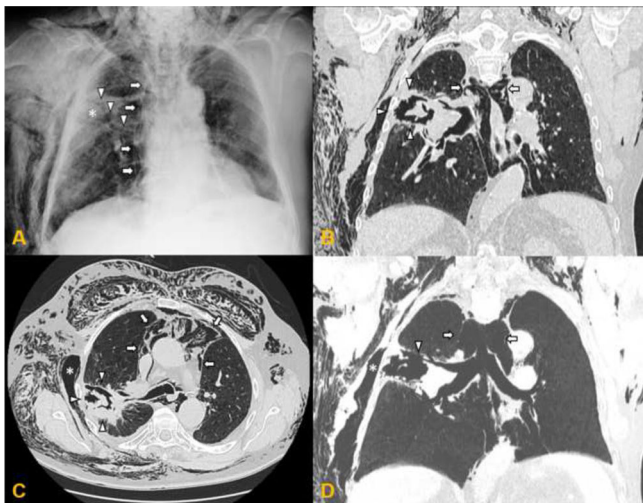


Figura 1. Radiografía de tórax, proyección PA (A). Extenso enfisema subcutáneo en pared torácica derecha y región supraclavicular y cervical, junto con neumomediastino (flechas). Masa mal delimitada en lóbulo superior derecho (asterisco), en aparente comunicación con un bronquio para dicho lóbulo (puntas de flecha). TC de tórax sin contraste intravenoso, ventana de parénquima pulmonar. Reconstrucciones multiplanares en plano coronal (B) y axial (C), con proyección de mínima intensidad (D). Se muestra con claridad la cavidad aérea rodeando la masa tratada (puntas de flecha en B y C), en comunicación con una rama bronquial para dicho lóbulo (punta de flecha en D), así como neumomediastino (flechas blancas) y extenso enfisema subcutáneo de predominio en pared costal derecha. Llama la atención un gran lóculo de gas en la pared torácica adyacente a la cavidad postermoablación, que sugiere la existencia de comunicación entre ambas cavidades (asterisco en C y D). También se observan signos de enfisema centrolobulillar de predominio en lóbulos superiores.

Presentamos el caso de un varón de 74 años con adenocarcinoma de pulmón (pT1aN0M0) en el lóbulo superior derecho (LSD), tratado mediante resección segmentaria y radioterapia (RT) posquirúrgica, en el que se detectó recidiva tumoral local durante el seguimiento. Dada la alta comorbilidad, se decidió realizar termoablación con microondas (TM) guiada por TC. El procedimiento transcurrió sin incidencias y el paciente fue dado de alta. Sin embargo, una semana más tarde, acudió a Urgencias refiriendo sensación opresiva y dificultad respiratoria. A la exploración se encontraba eupneico y estable, con crepitación de partes blandas torácicas y voz bitonal. Se realizó una radiografía de tórax que mostró un marcado enfisema subcutáneo, sin signos de neumotórax (fig. 1A). En la TC de tórax se evidenció una cavitación pulmonar en el lecho de TM en comunicación con un bronquio para el LSD y con un gran lóculo de gas en la pared torácica, junto a extenso neumomediastino y enfisema subcutáneo (fig. 1B-D), hallazgos compatibles con fístula bronquial (FB) y broncocutánea (FBC) desde la cavidad postermoablación. El paciente fue hospitalizado con monitorización y drenaje del enfisema, evolucionando favorablemente.

La FB y FBC son complicaciones raras de la termoablación pulmonar (0,4%)¹. Las FB suelen asociarse con neumotórax, habiéndose publicado cuatro casos de FB sin neumotórax tras termoablación, dos de ellos tras TM. El mecanismo propuesto es la adhesión entre la pleura visceral y parietal debido a excesivos niveles de energía de la TM y a la debilidad de la pleura por RT y cirugía previas². Aunque infrecuente, es necesario conocer esta eventual complicación de la TM y valorar el balance riesgo-beneficio en función de la situación clínica del paciente.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Kashima M, Yamakado K, Takaki H, Kodama H, Yamada T, Uraki J, et al. Complications after 1000 lung radiofrequency ablation sessions in 420 patients: A single center's experiences. *Am J Roentgenol.* 2011;197:576–80.
2. Thivolet A, Menassel B, Chatté G, Tabutin M, Bouhamama A, Pilleul F, et al. Delayed Bronchocutaneous Fistula Without Pneumothorax Following a Microwave Ablation of a Recurrent Pulmonary Metastasis. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2018;41:340–3.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: ajbossini@ugr.es (A.J. Láinez Ramos-Bossini).