

## CASOS CLÍNICOS

# Fístula ileovaginal actínica

Drs. ANDRÉS MARÍN G, JUAN I VERGARA B, LEONARDO ESPÍNDOLA S, JOSÉ L FIGUEROA B,  
Int. ALEJANDRA QUINTAS W

Unidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago

### RESUMEN

Se presentan dos casos clínicos de pacientes que desarrollaron fístulas tardías entre el íleon y la vagina secundario a radioterapia pelviana por tumores cervicouterinos. Se detalla el estudio radiológico y el diagnóstico, además de la resolución quirúrgica y evolución postoperatoria.

PALABRAS CLAVES: *Fístula, fístula ileovaginal, radioterapia*

### SUMMARY

We report 2 patients with cervical cancer submitted to radiation therapy who developed late ileo-vaginal fistulae. Radiological studies and the diagnostic work-up are presented together with details of the surgical procedure and the postoperative course

KEY WORDS: *Fistulae, ileovaginal fistulae, radiation therapy*

### INTRODUCCIÓN

Las fístulas entre intestino delgado y la vagina son entidades clínicas de rara frecuencia cuyas etiologías incluyen las neoplasias ginecológicas, la enfermedad de Crohn, radioterapia pelviana y filtraciones de anastomosis intestinales y de reservorios ileales.

La enteritis actínica en pacientes histerectomizadas e irradiadas por cáncer cervicouterino es la causa patogénica preponderante en nuestro medio para la formación de fístulas entre íleon y la vagina.

Se presentan 2 casos de difícil diagnóstico y manejo ocurridos en nuestro Hospital.

### CASOS CLÍNICOS

**Caso 1:** Pacientes de sexo femenino de 63 años, portadora de cáncer cervicouterino etapa III B, tratado con radioterapia interna y externa en

1987. Al año presenta cuadro de rectitis actínica, tratada médicamente en forma exitosa. Desde 1989 hasta el 2001 presenta múltiples episodios de infección del tracto urinario por *E. coli*.

En mayo de 2001 consulta por nuevo cuadro de infección urinaria. En el examen ginecológico se pesquiza probable fístula vésico-vaginal, hospitalizándose para estudio.

En la evaluación inicial por coloproctología se constata eliminación de deposiciones por vagina y una probable fístula entre recto, vagina y vejiga. Se realiza enema baritado, el que no demuestra la presencia de un trayecto fistuloso. Posteriormente, se efectúa un tránsito de intestino delgado que revela paso del medio de contraste desde un asa intestinal a la cúpula vaginal. La colpografía confirma la presencia de la fístula (Figuras 1 y 2).

Se complementa estudio con cistoscopia, pielografía endovenosa y TAC de abdomen y pelvis. La pielografía muestra comunicación entero-vesical y paraureteral derecha con importante



**Figura 1.** Tránsito baritado de intestino delgado y grueso. Nótese la presencia de un asa de íleon (flecha delgada) en pelvis menor en contacto con la vagina (flecha gruesa), la cual se contrasta levemente.

hidronefrosis izquierda que se manifiesta con un grado leve de insuficiencia renal. La cistoscopia revela uretritis y cistitis actínica grave con solución de continuidad a intestino delgado. La tomografía computada de pelvis sugiere la presencia de una fístula ileovesical con engrosamiento y contacto estrecho entre un asa de íleon distal y la vejiga. Además, existe una amplia comunicación entre la región posteroinferior de la vejiga con la cara anterior de la vagina.

En la cirugía se comprueba la fístula de íleon distal a vagina y de ésta a vejiga formando una cloaca. Se reseca segmento de intestino comprometido, reconstituyendo el tránsito de inmediato. En fosa ilíaca izquierda se confecciona una ileostomía en asa proximal a la zona reseca. Para cerrar el defecto vésico-vaginal se desciende el epiplón mayor. Se desinsertan ambos uréteres de la vejiga y se reimplantan en segmento ileal desfuncionalizado (operación de Bricker), ostomizado en fosa ilíaca derecha.

El estudio histopatológico de la pieza operatoria informa inflamación crónica actínica de la pared intestinal con formación de tejido de granulación.

Evolución postoperatoria algo tórpida con diuresis bajas y vómitos. A los 15 días se retiran catéteres ureterales, sin incidentes. Alta a los 21 días en buenas condiciones generales. Reingresa 15 días después por cuadro de vómitos y deshidratación grave. Es dada de alta 16 días más tarde.

Actualmente cumple 1 año y 8 meses de operada y se encuentra en buenas condiciones, manejando sin problemas sus ostomías.

**Caso 2:** Paciente de sexo femenino de 51 años, con antecedentes de cáncer cervicouterino



**Figura 2.** Colpografía. Las flechas gruesas muestran el paso del medio de contraste al intestino delgado al igual que se contrasta el piso vesical (flecha delgada).

grado IV A diagnosticado y tratado con radioterapia externa en 1987. Durante la terapia radiante presentó fístula vésico-vaginal que fue manejada quirúrgicamente mediante la confección de una vejiga ileal tipo Bricker.

En controles periódicos desde esa fecha, consulta en el año 2001 por cuadro de diarrea, baja de peso importante y eliminación de deposiciones por vagina. Examen proctológico revela gran masa tumoral que comprime la región rectoanal que ocupa gran parte de la pelvis menor y la presencia de deposiciones en vagina. El estudio incluye un enema baritado que no demostró trayecto fistuloso entre recto y vagina.

Se operó con la alta sospecha de una fístula rectovaginal en una paciente con una recidiva pelviana. Se confeccionó una colostomía transversa en asa sin lograr explorar el resto del abdomen por intensa enteritis actínica y adherencias que sellan la pelvis.

En la evolución postoperatoria persiste la salida de deposiciones líquidas por vagina con escaso débito por la colostomía. Se sospecha comunicación ileovaginal solicitándose TAC de abdomen y pelvis y tránsito de intestino delgado. El primero demuestra paso de medio de contraste oral a la cúpula vaginal y una masa que incluye varias asas

de intestino delgado en la pelvis menor, una de ellas claramente comunicada con vagina y vejiga, además de destrucción parcial del hueso sacro (Figura 3). A su vez el tránsito fue informado como fístula entero-vaginal. Se complementa el estudio con una colpografía que demuestra además de la comunicación entre vagina e íleon, una fístula entre el intestino delgado distal y el colon sigmoides.

Se realiza una segunda operación logrando aclarar la anatomía, resecaando segmento de íleon distal fistulizado, confeccionando ileostomía tipo Brooke y cerrando colostomía transversa. Evoluciona en el postoperatorio con infección de herida operatoria. La biopsia del intestino fue informada como enteritis crónica actínica.

En la actualidad se encuentra en excelentes condiciones generales.

### DISCUSIÓN

La radioterapia usada en el tratamiento de neoplasias pelvianas, principalmente ginecológicas, tiene múltiples efectos adversos siendo una de las más importantes y de más difícil manejo, la enteritis actínica. Las complicaciones en el intestino delgado por la radiaciones son la hemorragia, perforación, estenosis y la fistulización, alcanzando entre 2 a 5% del total de pacientes irradiadas. Pero sólo el 1% de éstas requiere tratamiento quirúrgico que incluye la creación de una ostomía proximal, resección intestinal y anastomosis, *bypass* o exclusión del trayecto fistuloso. El daño crónico del intestino puede manifestarse luego de varios años, incluso, décadas después.<sup>1</sup>

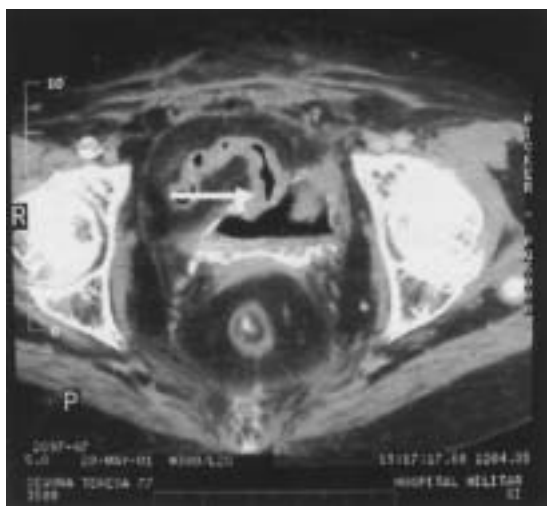


Figura 3. TAC de pelvis que muestra zona de unión entre el íleon (flecha) y la cloaca véscico-vaginal.

La comunicación del íleon con la vagina no tiene una frecuencia estimada y sólo se han reportado casos esporádicos en la literatura mundial.

Lillemoe reporta 4 casos de fístulas actínicas en pacientes con neoplasias de origen ginecológico tratadas quirúrgicamente con *bypass* intestinal, con mínima morbilidad y sin mortalidad, concluyendo que este procedimiento es mejor que la resección.<sup>2</sup>

Giordano en una revisión de 24 fístulas vaginales en un período de 5 años, encontró que 4 de ellas comunicaban con íleon distal, 3 postradioterapia y una postquirúrgica de tumores genitales.<sup>3</sup>

Russell presenta un estudio de 11 casos de pacientes con fístulas de origen actínico de las cuales sólo uno era entre intestino delgado y vagina. Correspondía a una paciente con un cáncer vesical irradiado 2 años antes de aparecer el trayecto fistuloso. Se resecaó el segmento comprometido, se realizó una ileo-ileostomía (*bypass*) y se drenó un absceso pelviano. La paciente fallece 23 días después con una recidiva de la fístula y un accidente cerebrovascular.<sup>1</sup>

A pesar que en nuestra serie ambas fístulas son secundarias a la radioterapia existen otras causas mencionadas en la literatura. Una de las más importantes en los países del hemisferio norte es la enfermedad de Crohn, tanto como parte de la misma enfermedad y luego de la cirugía como complicación del reservorio ileal. La fístula reservorio ileal-vaginal tiene una frecuencia estimada en distintas publicaciones entre el 4 y el 10%.<sup>5,6</sup> Una parte importante de la fístula entre el reservorio y la vagina en pacientes portadores de colitis ulcerosa son debido a error diagnóstico, confundiéndola con la enfermedad de Crohn.

Otras causas más raras que han sido reportadas son debido a actinomicosis abdominal,<sup>4</sup> secundario a isquemia intestinal luego de enteroscopia intraoperatoria y uno que otro caso de tuberculosis intestinal.

El manejo de estas pacientes es especialmente difícil. La descompresión o el *bypass* simple no logra el cierre espontánea de las fístulas, incluso con aporte nutricional óptimo. En el estudio de Russell, la falla se debió principalmente en aquellos casos en que se resecaó la fístula y se reanastomosó al intestino. Piver demostró una morbilidad de 21% y 0% mortalidad en fístulas por radioterapia que fueron completamente derivadas en comparación con aquellas que no fueron totalmente excluidas, con una morbilidad del 50% y una mortalidad de hasta 28%.<sup>7</sup>

En nuestra experiencia, en ambas pacientes el tránsito intestinal fue derivado con ileostomía termi-

nal o en asa, teniendo sólo morbilidad menor y sin mortalidad, manteniéndose ambas en buenas condiciones generales 2 años después de la cirugía.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Russell J, Welch J: Operative management of radiation injuries of the intestinal tract. *Am J Surg* 1979; 137: 433-42.
2. Lillemoe KD, Brigham RA *et al*: Surgical management of small bowel radiation enteritis. *Arch Surg* 1983; 118: 905-7.
3. Giordano P, Drew PJ, Taylor D *et al*: Vaginography. Investigation of choice for clinical suspected vaginal fistulas. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 568-72.
4. Meier L, Satz N, Hollinger A: Abdominal actinomycosis ileo-vaginal fistula as clinical manifestation. Case report and literature review. *Schweiz-Med Wochenschr* 1990; 120: 509-12.
5. Groom JS, Nicholls RJ, Hawley PR, Phillips RK: Pouch-vaginal fistulas. *Br J Surg* 1993; 936-40.
6. Lee PY, Fazio VW, Church JM, Eu EW, Lavery IC: Vaginal fistula following restorative proctocolectomy. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 752-9.
7. Piver MS, Lele F, Lele S: Enterovaginal and enterocutaneous fistulae in women with gynecologic malignancies. *Obstet Gynecol* 1976; 48: 560-5.