CASOS CLÍNICOS

Fístula sigmoidoapendicular de origen diverticular* Sigmoidoappendiceal fistula of diverticular origin. Report of one case

Drs. JUAN ANDRÉS MANSILLA E¹, GUILLERMO BANNURA C¹, DANIEL SOTO C¹

¹Servicio y Departamento de Cirugía, Hospital Clínico San Borja Arriarán Campus Central, Facultad de Medicina Universidad de Chile

RESUMEN

Se presenta un caso de fístula sigmoidoapendicular de origen diverticular diagnosticado por enema baritado en el estudio electivo de una paciente anciana, luego de un episodio de diverticulitis tratado en forma médica. El enema baritado es el examen de elección para demostrar este tipo de fístula. El estudio histopatológico permite certificar el origen diverticular de esta condición. Habitualmente la sigmoidectomía más apendicectomía es el tratamiento de elección con resultados satisfactorios. En el caso que se presenta fue necesario realizar una ileotiflectomía por la concomitancia con un cáncer avanzado de ciego. La fístula coloentérica de origen diverticular representa el 1 a 4% de las indicaciones de cirugía electiva por una enfermedad diverticular del colon sigmoides. Dentro de ellas, la fístula sigmoideo-apendicular de origen diverticular es excepcional y sólo hemos encontrado tres casos documentados de esta rara forma de fístula coloentérica.

PALABRAS CLAVES: Fístula colónica; enfermedad diverticular; cirugía

SUMMARY

We report a 86 years old woman that received medical treatment for a diverticular disease. Three months later an abdominal ultrasonography showed an inflammatory process in the lower abdomen and a fluid collection of 5 cm diameter in the sigmoid colon. Barium enema showed an extensive diverticular disease of the sigmoid, a sigmoidoappendiceal fistula and a cecal tumor. The patient was operated, performing an anterior resection, a terminal ileostomy with an ascending colon mucosal fistula and a cystorrhaphy. The patient had an uneventful postoperative evolution and was discharged 13 days after the operation. Normally these type of fistulae are treated with a sigmoidectomy plus and appendectomy, but the concomitance of a cecal cancer in this patient required the terminal ileostomy. Coloenteric fistulae correspond to 1 to 4% of the indications for elective surgery in diverticular disease. Sigmoidoappendiceal fistulae are exceptiona.

KEY WORDS: Colonic fistula, diverticular disease, surgery

INTRODUCCIÓN

La diverticulosis del colon en los países desarrollados afecta alrededor de dos tercios de la población mayor de 80 años, la mayoría es asintomática. La enfermedad diverticular (ED) es una condición que aumenta con la edad, estimándose una prevalencia de menos del 10% en los menores de 40 años hasta un 50-66% en los mayores de 80 años². La complicación más frecuente de la ED es la diverticulitis, la cual se presenta en alrededor del 25% de los pacientes portadores de divertículos. Otras complicaciones que se pueden presentar son los abscesos, fístulas, perforación y hemorragia³. Las fístulas generalmente se producen hacia las estructuras vecinas al colon sigmoides como son la veji-

*Recibido el 11 de Enero de 2005 y ceptado para publicación el 11 de Mayo de 2005. E-mail: mansillaja@yahoo.com ga, la vagina o la piel.¹⁻³ La fístula diverticular del colon sigmoides hacia el apéndice cecal es una condición muy rara y los casos de comunicación entre ambos órganos reportados en la literatura corresponden a complicaciones de la apendicitis aguda⁴.

Se presenta el caso clínico de una paciente portadora de una ED del colon sigmoides complicada con una fístula sigmoideaapendicular.

CASO CLÍNICO

Mujer de 86 años, sin antecedentes mórbidos, que consulta por un cuadro clínico de 1 año de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo cólico a nivel de fosa ilíaca derecha asociado a deposiciones líquidas. Debido a una exacerbación de su cuadro clínico asociado a fiebre es hospitalizada y tratada con antibióticos en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública durante 22 días, siendo derivada a nuestro centro para continuar su estudio y tratamiento. La ecografía abdominal, efectuada a los 3 meses, mostró un proceso inflamatorio en hipogastrio junto con una colección de 5 cm a nivel del sigmoides. El enema baritado reveló una extensa ED del sigmoides complicada con una fístula sigmoideaapendicular, además de una lesión vegetante cecal con aspecto de cáncer de colon avanzado (Figuras 1 y 2). El estudio se complementó con una colonoscopia que logra avanzar a través del sigmoides, confirmando la lesión tumoral del ciego. La biopsia confirmó un adenocarcinoma papilar bien diferenciado. En la exploración quirúrgica se comprueba un plastrón inflamatorio constituido por el sigmoides, la vejiga y el apéndice cecal, además de un tumor cecal avanzado. Se

realiza una resección anterior, cistorrafia y una colorrectoanastomosis mecánica. Además se efectúa una ileotiflectomía con intención curativa y se difiere la anastomosis (ileostomía terminal más fístula mucosa del colon ascendente). Evoluciona favorablemente y se da el alta a los 13 días de la intervención.

El estudio de anatomía patológica del ciego reveló un adenocarcinoma tubulo-velloso bien diferenciado, secretor de mucina, con células en anillo de sello que infiltra hasta la serosa y tejido adiposo pericecal, con metástasis en 3 ganglios de un total de 10. El apéndice cecal presenta una hiperplasia folicular, libre de tumor. El colon sigmoides revela una diverticulitis crónica, con proceso inflamatorio crónico en tejido pericolónico, abscedada. Por la edad y las condiciones generales de la pacientes no se efectuó quimioterapia adyuvante.

El estudio posterior con tomografía axial computada realizado a los 6 meses con la intención de efectuar la reconstitución del tránsito intestinal reveló enfermedad neoplásica diseminada por lo que se desiste de la intervención. A los 10 meses de la intervención, la paciente permanece en buenas condiciones generales con un manejo satisfactorio de la ileostomía.

DISCUSIÓN

La perforación de un divertículo provoca una proceso inflamatorio pericolónico que puede evolucionar hacia un flegmón o un absceso peridiverticular, dando habitualmente origen a una peritonitis localizada con el compromiso de órganos vecinos^{1,5}. Cuando se logra la fusión y una comunicación entre ambos epitelios, se establece una

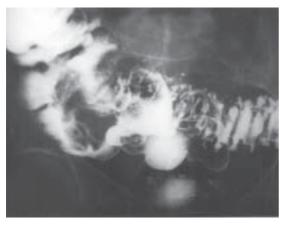


Figura 1. Enema baritado: al introducir bario se contrasta recto-sigmoides, apreciándose inmediatamente paso del medio de contraste al ciego a través de el apéndice cecal.

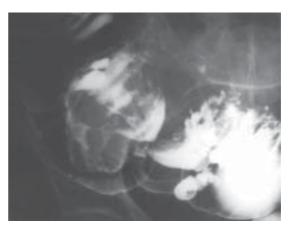


Figura 2. Aparte de la fístula sigmoido-apendicular, se aprecia un tumor protruído del ciego.

verdadera fístula de origen diverticular. En general, no más de un 2% de episodios de diverticultis evolucionarán hacia la formación de una fístula. Por otra parte, las fístulas sigmoideas de origen diverticular corresponden al 14 a 20% de las indicaciones quirúrgicas electivas por esta patología1-3, 6,7. En nuestro material acerca de 120 pacientes intervenidos en forma electiva por una ED del sigmoides, la fístula de origen diverticular alcanza al 20% de los casos, con compromiso de la vejiga, la vagina, la piel y el intestino delgado en el 13%, 3%, 2% y 2%, respectivamente8. En todos los casos con un riesgo aceptable, el tratamiento es quirúrgico, resecando el segmento de colon comprometido junto con el trayecto fistuloso y el segmento del órgano vecino comprometido en un tiempo.

Woods en una revisión de 26 años de la Cleveland Clinic (Ohio) reportó 84 pacientes portadores de una fístula interna de origen diverticular, de las cuales 60 pacientes (65%) corresponden a una fístula colovesical, no describiendo ningún caso de fístula sigmoideaapendicular⁹. Bahandursingh describió 192 pacientes portadores de diverticulitis. De éstos, 9 pacientes (4,6%) presentaron algún tipo de fístula siendo la más frecuente la colovesical (44%). Tampoco se describe ninguna fístula del tipo sigmoideaapendicular⁵.

La fístula coloentérica de origen diverticular representa el 1 a 4% de las indicaciones de cirugía electiva por una ED del colon sigmoides^{1,2,4}. Dentro de ellas, la fístula sigmoideoapendicular de origen diverticular es excepcional. De hecho, la mayoría de los casos publicados de fístula sigmoidoapendicular son complicaciones de una apendicitis aguda⁴. Van Hillo⁴, Marshak¹⁰ y Smith¹¹ describen un caso de fístula sigmoideaapendicular secundaria a una ED complicada, la cual fue diagnosticada mediante el enema baritado preoperatorio, con contraste del apéndice cecal, como ocurrió en nuestro caso. Cuando la fístula es secundaria a una apendicitis, generalmente este examen muestra una obstrucción a nivel del lumen del apéndice¹¹.

En el caso que se presenta, el enema baritado pesquisó, además de la fístula, un tumor cecal avanzado, el cual se corroboró con la colonoscopia y en el intraoperatorio. El estudio de anatomía patológica demostró un adenocarcinoma del ciego junto con la ED del sigmoides. Se destaca que el apéndice no presentaba signos inflamatorios ni infiltración por adenocarcinoma, corroborando que la fístula es de origen diverticular.

En suma, se presenta un caso excepcional de fístula sigmoidoapendicular de origen diverticular diagnosticado por enema baritado en el estudio electivo de una paciente anciana luego de un episodio de diverticulitis tratado en forma médica. Hemos encontrado sólo tres casos publicados de esta rara forma de fístula coloentérica diverticular, siendo la mayoría de los casos reportados secundarios a una apendicitis aguda. Habitualmente la sigmoidectomía más apendicectomía es el tratamiento de elección con resultados satisfactorios. En el caso que se presenta fue necesario realizar una ileotiflectomía por la concomitancia con un cáncer avanzado de ciego.

REFERENCIAS

- Stollman N, Raskin J. Diverticular disease of the colon. Lancet 2004; 363: 631-39.
- Stollman NH, Raskin JB. Diagnosis and management of diverticular disease of the colon in adults: adhoc practice parameters committee of the American College of Gastroenterology. Am J Gastroenterol 1999; 94: 3110-21.
- Coñoman H, Reyes D, Rojas JC, Kauer G, Rocha M. Enfermedad diverticular del colon. Bol Hosp S J de Dios 2000; 47: 33-43
- Van Hillo M, Fazio V, Lavery I. Sigmoidoappendicecal fistula-an inusual complication of diverticulitis. Dis Colon Rectum 1984; 27: 618-20.
- Bahadursingh AM, Virgo KS, Kaminski DL, Longo WE. Spectrum of disease and outcome of complicated diverticular disease. Am J Surg 2003; 186: 696-701.
- Bannura G, Portalier P, Contreras J. Fístulas colovesicales y rectovesicales. Rev Chil Cir 1996; 48: 563-68.
- Vasilevsky CA, Belliveau P, Trudel JL, Stein BL, Gordon PH. Fistulas complicating diverticulitis. Int J Colorect Dis 1998;13: 57-60.
- Bannura G, Contreras J, Melo C, Barrera A, Soto D, Mansilla JA. Indicaciones y resultados alejados de la cirugía electiva por enfermedad diverticular del colon sigmoides. Libro Resúmenes LXXVII Congreso Chileno e Internacional de Cirugía, 21-24 de noviembre de 2004, Concepción, Chile.
- Woods RJ, Lavery IC, Fazio VW, Jagelman DG, Weakley FL. Internal Fistulas in Diverticular Disease. Dis Colon Rectum 1988; 31: 591-596
- Marshak RH, Maklansky D, Lindner AE. The Radiology Corner. Sigmoid-appendiceal fistula in diverticulitis. Am J Gastroenterol 1976; 66: 292-6.
- Smith HJ, Berk RN, Janes JO, Clayton RS, Williams JL. Unusual fistulae due to colonic diverticulitis. Gastrointest Radiol 1978; 2: 387-92.