

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE CLÍNICO-QUIRÚRGICO DR. JOSÉ RAMÓN LÓPEZ
TABRANE. MATANZAS

Revista Médica Electrónica. 2010;32(2)
Fístula entero cólica. Presentación de un caso
Entero colic fistula. Presentation of a case

AUTORES

Dr. Eligio Vidal Jiménez (1)

E-mail: bibliohosprov.mtz@infomed.sld.cu

Dra. Nereida Rosa Estorino Escaig(2)

Dra. Yariana Martínez Sánchez (3)

1) Especialista de I Grado en Medicina General Integral, y en Neurocirugía. Profesor Instructor. Hospital Provincial Docente Clínico-Quirúrgico Dr. José Ramón López Tabrane. Matanzas.

2) Especialista de I Grado en Radiología. Profesora Instructora. Hospital Provincial Docente Clínico-Quirúrgico Dr. José Ramón López Tabrane. Matanzas.

3) Especialista de I en Radiología. Profesora Instructora. Hospital Provincial Docente Clínico-Quirúrgico Dr. José Ramón López Tabrane. Matanzas.

RESUMEN

Se realiza el estudio de una paciente femenina de 51 años, que manifiesta sintomatología de una enfermedad inflamatoria intestinal y la presencia de una fístula entero cólica diagnosticada a través de un colon por enema. Se completa el estudio realizando una colonoscopia y toma de biopsia, decidiendo realizar tratamiento quirúrgico. La biopsia final arrojó el diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal crónica inespecífica con actividad severa.

DeCS

ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO/diagnóstico
ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO/complicaciones
FÍSTULA INTESTINAL/etiología
FÍSTULA INTESTINAL/diagnóstico
FÍSTULA INTESTINAL/patología
FÍSTULA INTESTINAL/cirugía
COLONOSCOPIA/métodos
ENEMA
HUMANOS
FEMENINO
MEDIANA EDAD
INFORMES DE CASOS

INTRODUCCIÓN

Las fístulas intestinales son frecuentes en la enfermedad de Crohn, ya sean ileocecales, ileosigmoideas, cologástricas, coloyeyunales, o colocólicas, y representan el 33 % de sus complicaciones. Pueden presentarse fístulas colocólicas internas con menor frecuencia en enfermedades como colitis ulcerativa, diverticulitis del sigmoides, tumores malignos de rectosigmoides y lesiones del

intestino por radiaciones, fundamentalmente a uréter y vejiga, o externa, al drenar hacia la vagina. (1,2)

El manejo de las fístulas internas en pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales ha cambiado sustancialmente en las últimas décadas, no sólo por el acceso médico a nuevos agentes terapéuticos, sino porque, mientras la resección quirúrgica constituía el único tratamiento hace años, en la actualidad puede ser intentada la reparación lesional con abordajes quirúrgicos menos agresivos. (1,3,7) Por otra parte, el tratamiento médico en la participación fistulosa en los tramos proximales del intestino ofrece resultados no aceptables, y esta condición debe ser asumida como indicación absoluta para el tratamiento quirúrgico. (2-6) Además, los métodos diagnósticos por imágenes no ofrecen una eficacia absoluta, por lo que la opción quirúrgica parece adquirir también una significación prioritaria en condiciones como fístulas entero cólicas. (4,8,9) Las manifestaciones clínicas dependerán de la localización, y la extensión del intestino interpuesto será determinante en la aparición de la sintomatología, pero en general, las fístulas entero-entéricas y las íleo-cólicas establecidas entre el íleo distal y el ciego o el colon ascendente (que crean un corto segmento excluido), a menudo resultan asintomáticas y no precisan tratamiento quirúrgico, aunque se pueden asociar a un componente inflamatorio activo que exige tratamiento médico. (10)

El objetivo del presente trabajo es evaluar la importancia del diagnóstico y tratamiento oportuno de las fístulas intestinales internas, para mejorar la calidad de vida en los pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas del intestino. Se analizó los resultados en una paciente de 51 años, atendida en nuestro centro hospitalario, con un cuadro inflamatorio crónico intestinal con actividad severa. Los datos fueron recogidos de la historia clínica y presentados en el siguiente reporte de caso.

REPORTE DE CASO

Paciente femenina de 51 años de edad de procedencia rural, hipertensa, con manifestaciones clínicas de dolor abdominal recurrente en ocasiones muy intenso, diarreas frecuentes e intolerancia a alimentos como granos, grasa animal, lácteos, etc.

Por este motivo, se le realiza un colon por enema observando adelgazamiento o acintamiento del colon descendente y transversal, válvula ileocecal incompetente, dado por pase de contraste a asas ileales las cuales presentan una apariencia normal y adecuada organicidad. Se constata en todas las vistas de dicho estudio la presencia de asa yeyunal contrastada por una fístula entero cólica. Se realiza colonoscopia, donde se precisan marcados signos inflamatorios, y se toma muestra de biopsia que arroja el resultado de enfermedad inflamatoria intestinal crónica inespecífica con actividad severa, lo cual es confirmado postoperatoriamente.

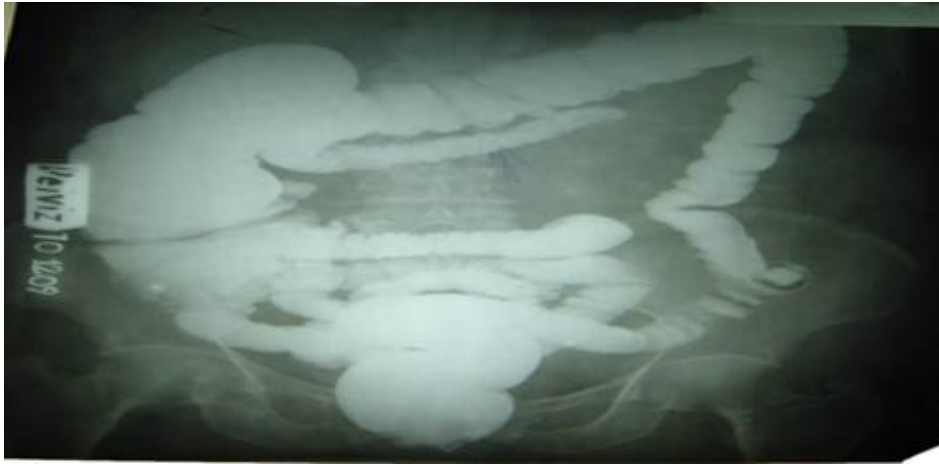


Imagen No. 1



Imagen No. 2

CONCLUSIONES

La enfermedad intestinal inflamatoria crónica inespecífica con actividad severa puede ocasionar una fístula entero cólica que suele ser diagnosticada por colon por enema, a pesar de que este diagnóstico por imagen, en muchas ocasiones, no es certero. El tratamiento quirúrgico sigue siendo un pilar importante para mejorar el estado de salud en los pacientes con esta afección.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bissett LP. Postoperative small bowel fistula: back to basics. *Trop Doct.* 2000;30(3):138-40.
2. Schein M. Anastomotic leaks and fistulas. In: Schein M. *Schein's common sense. Emergency abdominal surgery.* Berlin: Springer; 2000. p. 341-8.
3. Vermeire S, Rutgeerts P. Triage changing face of treatment for Crohn's disease. *Br J Surg.* 2006;93:385-6.
4. Bissett LP. Postoperative small bowel fistula: back to basics. *Trop Doct.* 2000;30(3):138-40.
5. Lederman ER, Nayak KR, Amundson DE. Image of the month. *Gastroenterology.* 2004;126(1):7.
6. Mittendorf EA, Goel A, Seaman D. Image of the month. *Arch Surg.* 2004;139(8):907.
7. Roufail W, Jakribettuu VS, Bruggen J. A woman with diarrhea, weight loss, and a gassy liver. *N C Med J.* 2000;61(2):114-6.
8. Maltz C, Zimmerman JS, Purow DB. Gallstone impaction in the colon as result of a biliary-g-colonic fistula. *Gastrointestinal Endosc.* 2001;52(7):776.
9. Angrisani L. Cholecystoenteric fistula (CF) is not a contraindication for laparoscopic surgery. *Surg Endosc.* 2001;15:1038-41.
10. Baker RJ, Fisher JJ. *El dominio de la cirugía.* 4ta ed. Buenos Aire: Editorial Médica Panamericana; 2004. p. 1669-75.

SUMMARY

We carried out a study in a 51-years-old female patient referring symptomatology of an intestinal inflammatory disease and an enterocolic fistula diagnosed through a colon for enema. The study was completed making a colonoscopy and taking a biopsy, deciding surgical treatment. Final biopsy arrived to the diagnosis of a non-specific, chronic inflammatory intestinal disease with severe activity.

MeSH

INFLAMMATORY BOWEL DISEASES/diagnosis
INFLAMMATORY BOWEL DISEASES/complications
INTESTINAL FÍSTULA/etiology
INTESTINAL FÍSTULA/diagnosis
INTESTINAL FÍSTULA/pathology
INTESTINAL FÍSTULA/surgery
COLONOSCOPY/methods
ENEMA
HUMANS
FEMALE
MIDDLE AGED
CASE REPORTS

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Estorino Escaig NR, Vidal Jiménez E, Martínez Sánchez Y. Fístula entero cólica. Presentación de un caso. *Rev Méd Electrón[Seriada en línea]* 2010;32(2). Disponible en

URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol2%202010/tema14.htm>. [consulta: fecha de acceso]