



Revista colombiana de Gastroenterología

ISSN: 0120-9957

ISSN: 2500-7440

Asociación Colombiana de Gastroenterología

Brito-Sosa, Germán; Iraizoz-Barrios., Ana María
Fístula enterocutánea sigmoidea umbilical como una
rara complicación de una diverticulitis del colon sigmoide

Revista colombiana de Gastroenterología, vol. 37, núm. 2, 2022, Abril-Junio, pp. 201-205
Asociación Colombiana de Gastroenterología

DOI: <https://doi.org/10.22516/25007440.722>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337772258009>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Fístula enterocutánea sigmoidea umbilical como una rara complicación de una diverticulitis del colon sigmoide

Colo-umbilical enterocutaneous fistula as a rare complication of diverticulitis of the sigmoid colon

Germán Brito-Sosa,^{1*}  Ana María Iraizoz-Barrios.² 

ACCESO ABIERTO

Citación:

Brito-Sosa G, Iraizoz-Barrios AM. Fístula enterocutánea sigmoidea umbilical como una rara complicación de una diverticulitis del colon sigmoide. Rev Colomb Gastroenterol. 2022;37(2):201-205. <https://doi.org/10.22516/25007440.722>

¹ Doctor en Medicina, especialista de primer grado en Cirugía General, especialista de primer grado en Medicina General Integral. Máster en Urgencias Médicas en Atención Primaria, Hospital General Teófilo Dávila, servicio de cirugía general. Machala, Provincia El Oro, Ecuador.

² Doctora en Medicina, especialista de primer grado en Laboratorio Clínico, especialista de primer grado en Medicina General Integral, Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud, Universidad Técnica de Machala. Machala, Provincia El Oro, Ecuador.

*Correspondencia: Germán Brito-Sosa.
german.brito512@yahoo.es

Fecha recibido: 30/01/2021
Fecha aceptado: 12/02/2021



Resumen

La atención de los pacientes con fistula enterocutánea constituye un gran reto, por las alteraciones con las que suelen acompañarse. Para lograr un tratamiento exitoso es necesario realizar un adecuado manejo de los líquidos y electrolitos, brindar un apoyo nutricional eficaz y controlar la sepsis hasta lograr su erradicación; de esta manera, muchas fistulas cierran espontáneamente. Se expone el caso de un paciente de 36 años de edad, con un cuadro de secreción umbilical de aspecto fecaloideo de 4 meses de evolución. Al realizar la fistulografía se constató un trayecto fistuloso de 9 cm, el cual terminaba a nivel del colon sigmoide, localización poco frecuente. En los casos en que la fistula enterocutánea no cierre y tenga indicación de tratamiento quirúrgico, es necesario extremar los cuidados perioperatorios, minimizar el tiempo quirúrgico, elegir la técnica quirúrgica correcta y preparar al paciente para la cirugía, de modo que se eviten complicaciones que pueden tener un desenlace fatal.

Palabras clave

Fístula del sistema digestivo, dolor abdominal, colon, sigmoide, laparotomía.

Abstract

The care of patients with enterocutaneous fistula constitutes a significant challenge owing to the alterations it usually brings about. For successful treatment, it is necessary to manage fluids and electrolytes adequately, provide practical nutritional support, and control sepsis until its eradication; thus, many fistulae close spontaneously. We present the case of a 36-year-old male patient with a four-month history of fecal-like umbilical secretion. When performing the fistulogram, we confirmed a fistulous tract of 9 cm, which ended at the level of the sigmoid colon, a rare location. In cases where the enterocutaneous fistula does not close, and surgical treatment is indicated, it is imperative to maximize perioperative care, decrease surgical time, choose the correct surgical technique, and prepare the patient for surgery to avoid complications with a fatal outcome.

Keywords

Gastrointestinal fistula, abdominal pain, colon, sigmoid, laparotomy.

INTRODUCCIÓN

La fistula enterocutánea (FEC) es una patología frecuente, que en ocasiones se presenta de forma espontánea como complicación de una enfermedad de base, y en otras se presenta debido a procedimientos quirúrgicos. Las FEC es la

forma de presentación más común de las fistulas intestinales⁽¹⁾, con una gran diversidad de formas de manifestarse, en ocasiones complejas, de muy difícil manejo, llegando a alcanzar una morbilidad significativa⁽²⁾.

La FEC es la comunicación anormal entre el interior del tracto gastrointestinal y la piel, con salida de fluidos gastroin-

testinales a través de la misma por más de 24 horas^(1,3-5). La incidencia verdadera de la FEC no está bien determinada, aunque se ha reportado una incidencia del 1,5 % al 16,9 % después de las laparotomías. La FEC representa el 88,2 % de todas las fistulas⁽⁶⁾. La mortalidad mundial por fistulas antes de 1960 era entre 40 % y 65 %, pero en la información recopilada en la última década se estima entre el 3,5 % y el 19 %^(1,2,4).

Presentamos el caso de un hombre que requirió tratamiento quirúrgico por una FEC poco usual que comunicaba el colon sigmoide con el ombligo, con la finalidad de resaltar la importancia de una intervención a tiempo, para prevenir complicaciones.

INFORME DE CASO

Se trata de un paciente masculino de 36 años de edad, 66 kg de peso y 1,64 m de talla, para un índice de masa corporal normal (IMC: 24,54). El paciente refirió un cuadro clínico de 4 meses de evolución, caracterizado por dolor en la región mesogástrica e hipogástrica, el cual estaba aumentando en frecuencia e intensidad. También presentaba secreción a nivel umbilical, de color marrón y fétida que recordaba por su aspecto y olor a las heces fecales; la misma fue incrementándose con el paso del tiempo, hasta llegar a 300 mL en 24 horas.

En el examen físico se constató a nivel umbilical la secreción antes descrita. El abdomen se encontraba doloroso a la palpación profunda a nivel del mesogastrio e hipogastrio sin reacción peritoneal. El resto del examen físico fue negativo. Se le realizaron los estudios necesarios para confirmar el diagnóstico de FEC, determinar las condiciones en que se encontraba el paciente y valorar la necesidad de cirugía. En la fistulografía (**Figura 1A**) se comprobó el conducto fistuloso y su comunicación con el colon sigmoide. El colon por enema baritado a doble contraste (**Figura 1B**) evidenció un estrechamiento fusiforme de todo el colon sigmoide con la presencia de divertículos. En la colonoscopía realizada se apreciaron los divertículos sin hallar masa tumoral. La biometría hemática mostró leucocitosis $10,4 \times 10^9/L$ a predominio de neutrófilos (72,42 %, rango normal: 36-66).

Procedimiento realizado y hallazgos quirúrgicos

Se realizó una laparotomía media supra- e infraumbilical, excluyendo el ombligo y trayecto fistuloso que comunicaba el colon sigmoide con el ombligo. Se practicó una fistulectomía con sigmoidectomía en bloque (**Figura 2**). Otro hallazgo encontrado fue un plastrón abscedado conformado por colon sigmoide, vejiga y epiplón mayor; se aspiró el pus y los tejidos desvitalizados se retiraron (**Figura 3**).

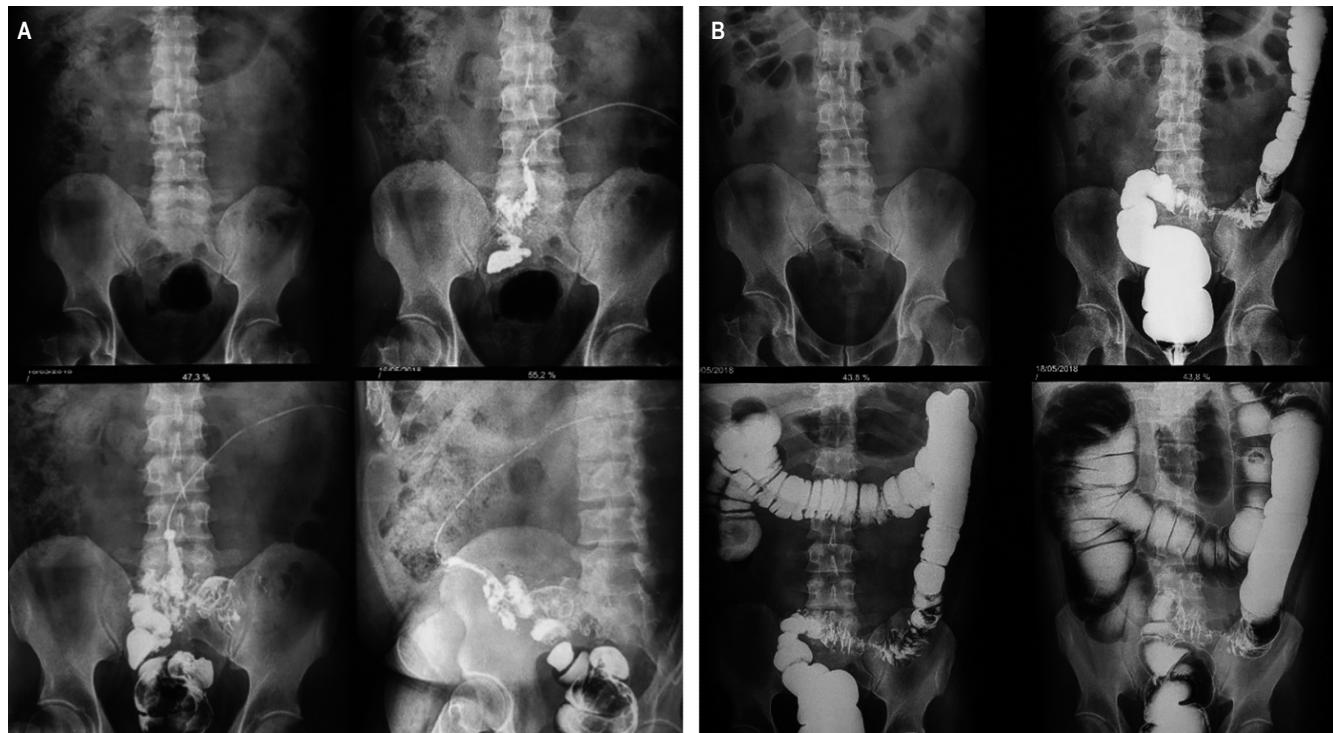


Figura 1. Fistulografía. **A.** Se colocó sonda fina a nivel del orificio fistuloso en la región umbilical por donde se inyectó contraste. Se aprecia el trayecto fistuloso de 9 cm de longitud comunicando con el colon sigmoide, repleción del mismo y de la ampolla rectal. **B.** El colon por enema baritado a doble contraste evidenció un estrechamiento fusiforme de todo el colon sigmoide con la presencia de divertículos.



Figura 2. Momento de la cirugía en que se reseca el ombligo junto al trayecto fistuloso.

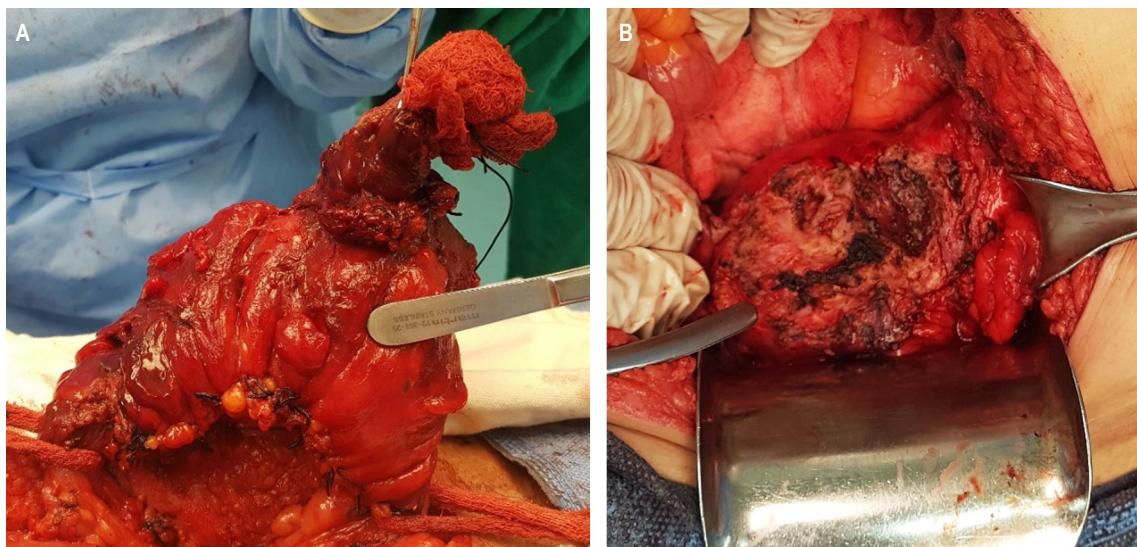


Figura 3. **A.** Se aprecia el colon sigmoide con su meso ya ligado y seccionado, con sus dos extremos referidos con gasa, y el trayecto fistuloso en la parte medial que comunica el sigmoide con el ombligo aislado con una gasa. **B.** Fondo de la vejiga donde el colon sigmoide y epiplón mayor estaban adheridos conformando un plastrón abscedado. Se muestra la vejiga después de haber desintegrado el plastrón, retirado el tejido desvitalizado y el pus.

Después de efectuada la sigmoidectomía, se realizó una anastomosis seromuscular término-terminal en un solo plano con Vicryl 2/0; posteriormente, la pared abdominal fue suturada por planos.

El paciente tuvo una evolución satisfactoria, a los tres días se administró dieta líquida, progresó al día siguiente con dieta blanda y al quinto día fue dado de alta. El diagnóstico anatomo-patológico corroboró la presencia de divertículos en el colon sigmoide con su trayecto fistuloso.

DISCUSIÓN

Son diversas las causas y factores de riesgo que propician la formación de una FEC. La realización de una sutura en cualquier segmento del tracto gastrointestinal puede ser el factor desencadenante de una FEC, al ocurrir dehiscencia de la anastomosis, ya sea por errores en la técnica, flujo de sangre deficiente, anastomosis con tensión, obstrucciones distales que occasionen distención a nivel de la línea de sutura y fallas

en la cicatrización^(1,3,5,6). La enfermedad de Crohn ocasiona del 20 %-30 % de las FEC, ya sea por aparición espontánea o como complicación de una cirugía^(3,6,7). Otras causas están relacionadas con resecciones gastrointestinales, reparación de hernias incisionales, drenaje de colecciones intraabdominales, lesión intestinal iatrogénica, cuerpos extraños, traumatismos, neoplasias, radiación, enfermedad diverticular y patologías infecciosas intraabdominales complicadas como tuberculosis, *Actinomyces*, amebiasis, fiebre tifoidea, entre otras^(2,3,5,6). En nuestro paciente, la FEC fue espontánea a partir de un divertículo de colon sigmoide, lo cual se corroboró en el diagnóstico anatopatológico.

Son varias las clasificaciones descritas de las FEC, una de ellas es la anatómica, que por la localización de la fistula puede ser proximal (gástrica, duodenal, yeyunal, ileo proximal), o distal (ileo distal y de colon)⁽²⁾. La clasificación fisiológica determinada por su gasto en 24 horas es considerada de bajo gasto (menos de 200 mL/día), gasto moderado (entre 200 y 500 mL/día), y gasto alto (más de 500 mL/día)^(1,3,6).

El diagnóstico de las FEC se debe sospechar al observar la salida de contenido intestinal a través de la piel, aunque el diagnóstico definitivo se realizará al comprobar una conexión anormal entre el tubo digestivo y la piel. Con la tomografía axial computarizada (TAC) se pueden mostrar las características de la anatomía de la fistula, detectar colecciones asociadas y áreas de obstrucción intestinal distales a la fistula, identificar la enfermedad subyacente, entre otros^(3,6). Un estudio muy importante que generalmente ayuda a definir de manera certera la FEC es la fistulografía utilizando contraste hidrosoluble, como en nuestro paciente, en el que se pudo evidenciar la conexión del ombligo con el colon sigmoide (**Figura 1**). También puede ser útil un estudio gastrointestinal con contraste (tránsito intestinal o enema baritado de colon en función de la sospecha del tramo intestinal afectado)⁽¹⁾.

Inicialmente, el abordaje no es quirúrgico. Se debe realizar un enfoque integral y las medidas deben ir encaminadas a acortar el curso de la terapia, tratando la enfermedad que ocasionó la FEC cuando sea posible y manteniendo el cuidado de la piel. Además, se debe evitar o corregir el desequilibrio hidromineral, la desnutrición (presente en el 55 %-90 %) y la sepsis^(1,4,6). Estos son los aspectos más importantes a controlar para lograr el cierre espontáneo de la fistula, lo cual ocurre en un 20 %-75 % de los casos sin necesidad de tratamiento quirúrgico⁽¹⁾.

Está indicado el soporte nutricional temprano para revertir el catabolismo, en el que se recomienda el uso de la alimentación enteral lo antes posible para evitar la atrofia de las vellosidades intestinales y, de este modo, proteger la barrera de la mucosa intestinal, evitando la translocación bacteriana. En ocasiones es necesario complementar la

nutrición enteral con la nutrición parenteral, y en otras ocasiones está indicada la nutrición parenteral total, fundamentalmente en los pacientes con FEC de alto gasto, para reducir el gasto y facilitar la curación^(4,5,8). En el paciente de este caso siempre se utilizó la nutrición enteral, sin necesidad de recurrir a la nutrición parenteral, de modo que se evitaron las complicaciones que la misma puede ocasionar.

Las terapias endoscópicas están siendo más utilizadas mediante un abordaje endoluminal con la aplicación de un *stent* de fistula personalizado para el paciente impreso en 3D, selladores, clips y tapones^(4,6,9). Una nueva terapia que ha tenido buenos resultados es la combinación de cianoacrilato y láminas de ácido poliglicólico⁽¹⁰⁾.

Se le debe informar al paciente y a los familiares de la necesidad del abordaje quirúrgico cuando la FEC no cierra espontáneamente en un período de 2 meses, existe obstrucción distal, neoplasias, enteritis por radiación o se evidencia eversión de la mucosa^(1,4,6). Es muy importante la profilaxis con antibióticos en los pacientes tributarios de cirugía, fundamentalmente si está comprometido el colon por existir mayor riesgo de infecciones abdominales⁽¹¹⁾. Una vez se determine la necesidad de la cirugía, son de gran importancia los cuidados perioperatorios, el tiempo quirúrgico y la técnica quirúrgica a emplear, para lograr excelentes resultados⁽²⁾. La cirugía debe cumplir principios básicos: resecar el trayecto fistuloso con el segmento intestinal afectado, restablecer el tránsito intestinal y reconstruir la pared abdominal⁽³⁾. En nuestro paciente se resecó el ombligo con el trayecto fistuloso y colon sigmoide en bloque. Consideramos apropiado el momento de la intervención quirúrgica y no demorar la cirugía por el aumento de la sintomatología y la presencia del plastrón abscedado que involucraba el colon sigmoide, vejiga y epiplón mayor, con un alto riesgo de fistulización hacia la vejiga.

Los pacientes que mayor mortalidad tienen son los que padecen fistulas de alto gasto, ya que llevan a desnutrición, que ocasiona la muerte en más del 60 % de los casos⁽¹⁾. No obstante, la principal causa a la que se le atribuye una mortalidad más significativa en estos pacientes es la sepsis, que alcanza la cifra de hasta el 85 %^(1,4). En el paciente operado, la fistula no era de alto gasto y la sepsis se encontraba localizada, lo que contribuyó a su evolución favorable.

CONCLUSIÓN

Una vez la FEC tenga indicación quirúrgica, se debe realizar sin demora la cirugía y así prevenir otras complicaciones, con una técnica quirúrgica meticulosa en el menor tiempo quirúrgico. A pesar de los avances logrados, la persistencia de la sepsis y la desnutrición son la principal causa de morbilidad en los pacientes con FEC.

Contribución de los autores

Germán Brito-Sosa: autor principal, tratante del paciente, recolección de la información, redacción del

artículo científico. Ana María Iraizoz-Barrios: redacción del artículo científico, revisión, adecuación al formato de la revista.

REFERENCIAS

1. Rodríguez AM. Terapia nutricia en fistula enterocutánea; de la base fisiológica al tratamiento individualizado. *Nutr Hosp Madrid.* 2014;29(1):37-49.
<https://doi.org/10.3305/nh.2014.29.1.6891>
2. Leang YJ, Bell SW, Carne P, Chin M, Farmer C, Skinner S, Wale R, Warrier SK. Enterocutaneous fistula: analysis of clinical outcomes from a single Victorian tertiary referral centre. *ANZ J Surg.* 2018;88(1-2):E30-E33.
<https://doi.org/10.1111/ans.13686>
3. Durán VM, Tallón L, Tinoco J, Sánchez A, Tamayo MJ, Pareja F, et al. Actualización sobre el manejo de la fistula enterocutánea y fistula enteroatmosférica. *Cir Andal.* 2019;30(1):40-47.
4. Tang QQ, Hong ZW, Ren HJ, Wu L, Wang GF, Gu GS, et al. Nutritional Management of Patients With Enterocutaneous Fistulas: Practice and Progression. *Front Nutr.* 2020;7:564379.
<https://doi.org/10.3389/fnut.2020.564379>
5. Badrasawi M, Shahar S, Sagap I. Nutritional Management in Enterocutaneous Fistula. What is the evidence? *Malays J Med Sci.* 2015;22(4):6-16.
6. Tuma F, Crespi Z, Wolff CJ, Daniel DT, Nassar AK. Enterocutaneous Fistula: A Simplified Clinical Approach. *Cureus.* 2020;12(4):e7789.
<https://doi.org/10.7759/cureus.7789>
7. Reyes GA, Gil FL, Carvajal GD, Sánchez CB, Aponte DM, González CA, et al. Enfermedad inflamatoria intestinal: características de fenotipo y tratamiento en un hospital universitario de Bogotá, Colombia. *Rev Colomb Gastroenterol.* 2018;33(2):117-126.
<https://doi.org/10.22516/25007440.196>
8. Rosenthal MD, Brown CJ, Loftus TJ, Vanzant EL, Croft CA, Martindale RG. Nutritional management and strategies for enterocutaneous fistula. *Curr Surg Rep.* 2020;8(6):10.
<https://doi.org/10.1007/s40137-020-00255-5>
9. Lamazza A, Fiori E, Sterpetti AV, Schillaci A, De Cesare A, Lezoche E. Endoscopic placement of self-expandable metallic stents for rectovaginal fistula after colorectal resection: a comparison with proximal diverting ileostomy alone. *Surg Endosc.* 2016;30(2):797-801.
<https://doi.org/10.1007/s00464-015-4246-2>
10. Tada N, Kobara H, Nishiyama N, Ishimura K, Uchita K, Nishiyama A, et al. Combination sandwich therapy using cyanoacrylate and polyglycolic acid sheets for refractory enterocutaneous fistula closure. *Endoscopy.* 2021;53(3):E114-E115.
<https://doi.org/10.1055/a-1208-3005>
11. Del Moral JA, Alonso M, Gil P, Fernández JM, Durán M, Rodríguez G. Incidencia de infección de localización quirúrgica en cirugía de colon y adecuación de la profilaxis antibiótica: estudio de cohortes prospectivo. *An Sist Sanit Navar.* 2017;40(3):371-7.
<https://doi.org/10.23938/ASSN.0045>