



Revista Chilena de Cirugía

ISSN: 0379-3893

editor@cirujanosdechile.cl

Sociedad de Cirujanos de Chile

Chile

Utor-Fernández, Diego Alejandro; Collantes-Pérez, Jesús; Serrano-Borrero, Isabolo; Moreno-Paredes, Pilar

FÍSTULA INTERNA ILEOILEAL CONGÉNITA QUE DEBUTA COMO UN CUADRO OBSTRUCTIVO
EN EL ADULTO

Revista Chilena de Cirugía, vol. 67, núm. 2, abril, 2015, pp. 204-206

Sociedad de Cirujanos de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345537000016>

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

redalyc.org

Sistema de Información Científica

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

FÍSTULA INTERNA ILEOILEAL CONGÉNITA QUE DEBUTA COMO UN CUADRO OBSTRUCTIVO EN EL ADULTO*

Drs. Diego Alejandro Utó-Fernández¹, Jesús Collantes-Pérez¹,
Isabelo Serrano-Borrero¹, Pilar Moreno-Paredes¹

¹ Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz, España.

Abstract

Intestinal obstruction caused by a congenital ileo-ileal internal fistula

Background: Among congenital malformations of the digestive tract, internal congenital fistulas tend to be associated with multiple malformations. **Case report:** We report a previously healthy 32 years old male consulting for abdominal pain and vomiting lasting 48 hours. A plain abdominal film show small bowel dilatation and air-fluid levels. The patient was operated with the diagnosis of bowel obstruction. During the operation dilated bowel loops trapped in a congenital ileo-ileal fistula were found. No biopsies were obtained. The patient had an uneventful postoperative evolution.

Key words: Intestinal obstruction, ileal fistula, congenital.

Resumen

Introducción: Las malformaciones congénitas del aparato digestivo pueden ser muy variadas. En caso de presentar síntomas, suelen aparecer en las primeras etapas de la vida con un amplio abanico de manifestaciones clínicas dependiendo del segmento al que afecte y de la complejidad de las malformaciones. Sin embargo, hay muy pocas fistulas internas congénitas recogidas en la literatura médica y la mayoría suelen estar relacionadas con malformaciones múltiples. **Caso clínico:** Presentamos un situación muy poco frecuente. Se trata de un caso de fistula interna congénita que debutó con un cuadro obstructivo agudo como único síntoma en un adulto.

Palabras clave: Fístula intestinal, congénita, obstrucción intestinal.

Introducción

El aparato digestivo puede presentar una sinfín de malformaciones congénitas. Su frecuencia varía mucho dependiendo del tipo de anomalía de que se

trate. Los síntomas serán muy variables dependiendo del segmento al que afecte y de la complejidad de dichas malformaciones. Estas manifestaciones clínicas suelen aparecer en las primeras etapas de la vida de forma que su tratamiento constituye una

*Recibido el 17 de julio de 2014 y aceptado para publicación el 11 de octubre de 2014.

Este trabajo no obtuvo fuentes de apoyo financiero. Los autores no refieren conflictos de interés.

Correspondencia: Diego Alejandro Utó-Fernández
alejandrutor@gmail.com

parte importante de las patologías atendidas en los centros de cirugía pediátrica. Hoy día la detección precoz en el período prenatal de gran parte de estas malformaciones permite que se puedan tratar de forma más efectiva a partir del nacimiento. También hay que destacar que un buen número de ellas pueden tener una escasa repercusión clínica o incluso resultar completamente asintomáticas a lo largo de la vida.

Sin embargo, no hay apenas fistulas internas congénitas recogidas en la literatura médica. La mayoría suelen estar relacionadas con malformaciones múltiples, pero el caso que presentamos es muy poco frecuente, ya que se trata de un caso de fistula interna congénita que debutó con un cuadro obstructivo agudo en un adulto previamente asintomático.

Caso clínico

Se trata de un paciente de 32 años sin antecedentes familiares ni personales de interés. Embarazo e infancia normales, sin problemas en el desarrollo. No fue nunca sometido a ninguna intervención quirúrgica ni a procedimiento abdominal invasivo alguno. No refiere trastornos digestivos ni dispepsias habituales. Acude a urgencias con un cuadro de dolor abdominal, estreñimiento y vómitos abundantes de 48 h de evolución. No muestra fiebre. A la exploración presenta una importante distensión abdominal, timpanismo a la percusión y una masa dolorosa en la mitad superior del abdomen. La analítica sólo muestra una ligera leucocitosis. La radiografía de abdomen muestra una dilatación de asas de intestino delgado y numerosos niveles hidroaéreos agrupados en el hemiabdomen superior.

Se decide realizar una laparotomía exploradora de urgencia por la sospecha de un cuadro obstructivo agudo. En la cavidad abdominal se descubre un grupo de asas de intestino delgado muy dilatadas atrapadas en una hernia interna. El orificio en el que habían quedado atrapadas las asas estaba formado por dos segmentos de íleon ligados por un tramo de intestino anormal, que no tiene aspecto de brida o adherencia congénita, sino que tiene apariencia más bien de intestino normal sin mesenterio que conecta estas dos asas a modo de un bypass congénito corto (Figura 1). A la palpación incluso parece distinguirse una pequeña luz en su interior. Para liberar el tramo de intestino atrapado utilizamos simplemente una sutura mecánica sobre esa conexión anormal. Las asas intestinales ya liberadas no muestran signos de sufrimiento irreversible. Desgraciadamente, la pequeña longitud de ese trayecto no permitió extraer una muestra histológica que permitiera un estudio anatomo-patológico completo (Figura 2). La



Figura 1. En esta imagen se aprecia el aspecto que presentaban las asas intestinales atrapadas en la hernia interna tal y como aparecen en los primeros momentos de la intervención.



Figura 2. En esta imagen se ven enfrentados los dos segmentos de intestino delgado que presentaban la comunicación, una vez que se ha resuelto la obstrucción tras cortar y suturar mecánicamente el tramo fistuloso.

exploración del resto de la cavidad abdominal y sus vísceras no muestra otros hallazgos significativos. La evolución fue la correcta y se recuperó rápida y completamente en pocos días sin complicaciones.

Discusión

Las malformaciones congénitas del intestino más frecuentes incluyen anormalidades en el desarrollo de la luz intestinal normal (estenosis y atresias), duplicaciones, rotaciones anormales y fijaciones, anomalías asociadas a la persistencia de estructuras embrionarias o la formación anormal de regiones específicas del trato gastrointestinal o sus componentes (como la enfermedad de Hirschsprung)¹.

Las comunicaciones fistulosas congénitas entre dos segmentos del intestino delgado son una patología extremadamente infrecuente, de la que apenas

existen casos publicados. La mayoría de las fistulas son secundarias a tumores, enfermedad inflamatoria intestinal o cirugía previa u otras complicaciones infecciosas. Las malformaciones congénitas más parecidas a las encontradas son las derivadas de los defectos de la reabsorción del conducto onfalomesentérico o vitelino, que pueden aparecer hasta en un 2% de los nacimientos^{2,3}. Pueden producir desde fistulas umbilicales complejas hasta divertículos de Meckel, quistes o bandas fibrosas dependiendo de los diferentes grados de persistencia del conducto⁴. Sin embargo, éstas no explican la aparición de una comunicación completa de dos segmentos intestinales sin otras anomalías ni restos de cordones fibrosos hasta el ombligo. La única explicación que encontramos a este caprichoso hallazgo es que los demás restos hubiesen sufrido una regresión espontánea quedando únicamente ese segmento⁵.

Sorprende también la forma y la edad de la presentación clínica de esta malformación, lo que unido a su baja incidencia, justifican el atractivo de este caso.

Agradecimientos

Dedicado a la memoria del Dr. Jesús Collantes.

Referencias

1. Fotis L, Burns AJ, Thapar N. Gastrointestinal Tract: Congenital Abnormalities. In: eLS. John Wiley & Sons Ltd, Chichester (2012) <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470015902.a0002138>.
2. Vane DW, West KW, Grosfeld JL. Vitelline duct anomalies. Experience with 217 childhood cases. Arch Surg. 1987;122:542-7.
3. Moore TC. Omphalomesenteric duct malformations. Semin Pediatr Surg. 1996;5:116-23.
4. Ng J, Antao B, Mackinnon E. Congenital intestinal fistula with exomphalos minor. Pediatr Surg Int. 2006;22:619-21.
5. Kamii YI, Zaki AM, Honna T, Tsuchida Y. Spontaneous regression of patient omphalomesenteric duct: from a fistula to Meckel's diverticulum. J Pediatr Surg. 1992;27:115-6.