

Fístula colo-umbilical secundaria a enfermedad diverticular no complicada. Reporte de caso

Case report: colo-umbilical fistula secondary to uncomplicated diverticular disease

Miguel Ángel Rosado Martínez,* José Antonio Sánchez Valle,**
José Antonio De La Rosa Jiménez***

Palabras clave:

Fístula, fistula
colo-umbilical,
enfermedad
diverticular,
diverticulitis,
enfermedad de Crohn.

Key words:

Fistula,
colo-umbilical fistula,
diverticular disease,
diverticulitis, Crohn
disease.

RESUMEN

Introducción: Fístula es la conexión anormal entre dos órganos o estructuras epitelizadas que normalmente no se encuentran comunicadas. La causa más común en México de fístulas es la enfermedad diverticular complicada. El objetivo del presente trabajo es reportar el segundo caso de un paciente con fístula espontánea colo-umbilical. **Reporte de caso:** Se describe el desarrollo de fístula colo-umbilical en un paciente masculino de 56 años de edad que manifestó salida de material intestinal a través de la cicatriz umbilical. Se realizó colonoscopia y el hallazgo fue enfermedad diverticular no complicada del colon sigmoidees. El paciente no presentó sintomatología; por ese motivo, se llevó a cabo una laparotomía exploradora electiva, en la que se encontró comunicación del colon sigmoidees hacia la cicatriz umbilical. **Resultados:** Se realizó una laparotomía exploradora sigmoidectomía con transverso-recto anastomosis término-terminal; el paciente evolucionó adecuadamente. Se egresó del servicio a los tres días postquirúrgicos. **Discusión:** Existen diferentes causas de fístula colónica espontánea; una de ellas es la diverticulitis, seguida de otras como enfermedad intestinal inflamatoria, principalmente enfermedad de Crohn, secuelas de radioterapia y tuberculosis. **Conclusión:** La causa de fístulas más común en México es la enfermedad diverticular complicada. El primer caso de fístula colo-umbilical fue reportado en 1993. Este es el segundo caso publicado.

ABSTRACT

Introduction: Fistula is an abnormal passageway between two epithelium organs in the body that normally do not connect or between an organ and the exterior of the body. Spontaneous colo-umbilical fistulas secondary to non-complicated diverticular disease are rare. The aim of this paper is to report the second case of spontaneous colo-umbilical fistula. **Case report:** The following case report describes the development of a colo-umbilical fistula in a 56-year-old male patient that manifested with the outflow of intestinal material through the umbilical scar; once colonoscopy was completed, it showed non complicated diverticular disease. The patient did not show any symptoms; therefore, an exploratory laparotomy was performed, finding sigmoid colon communication to the umbilical scar. **Results:** We performed a sigmoidectomy with transverse-recto anastomosis; the patient recovered properly and left the surgery service three days after the surgical procedure. **Discussion:** There are different causes of fistula; one of them is diverticular disease, followed by others like inflammatory bowel disease—in particular, Crohn disease—and injury to the urinary tract. **Conclusion:** The most common cause of fistulas in Mexico is complicated diverticular disease or diverticulitis. The first case report of colo-umbilical fistula was reported in 1993. This is the second case reported.

INTRODUCCIÓN

En 1993 Pracyk, Pollard y Calne reportaron el primer caso de fístula espontánea colo-umbilical de un paciente masculino de 76 años de edad que presentaba una tumoración debajo de la cicatriz umbilical; se le realizó una tomografía axial computada en la cual se reportó una masa proveniente de la pelvis que se dirigía

a la parte caudal de la cicatriz umbilical y hacia la parte anterior del colon sigmoidees.¹ Se llegó al diagnóstico de enfermedad diverticular de colon sigmoidees no complicada. A este paciente se le dio manejo conservador. Dieciocho meses después, se le realizó una nueva tomografía abdominal que reveló aire libre en la cavidad que comunicaba con la cicatriz umbilical; seis semanas posteriores al control tomográfico,

* Cirujano
Coloproctólogo, médico
adscrito del
Hospital Regional Lic.
"Adolfo López Mateos".
ISSSTE CDMX.

** Coloproctólogo.
Médica Medici colonia
del Valle CDMX.

*** Cirujano
Coloproctólogo, médico
adscrito del Centro
Médico Nacional "20
de Noviembre" ISSSTE
CDMX.

Recibido: 15/08/2016
Aceptado: 08/07/2017

decidieron hospitalizar al paciente por presentar episodios de estreñimiento alternados con diarrea, así como descarga de material fecal por la cicatriz umbilical. Durante la hospitalización se le realizó un enema en donde se demostró una perforación a un centímetro del colon sigmoides que mostraba fuga del material de contraste a la cavidad abdominal.

Se le practicó hemicolectomía con entero-entero anastomosis término-terminal; tuvo una evolución favorable y se recuperó sin alteraciones.

La causa más común en México de fístulas es la enfermedad diverticular complicada o diverticulitis. La fístula colo-umbilical espontánea secundaria a enfermedad diverticular no complicada es rara y hay un solo caso reportado.

El objetivo del presente trabajo es dar a conocer el segundo caso de un paciente con fístula espontánea colo-umbilical secundaria a enfermedad diverticular no complicada.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino en la sexta década de la vida, a cargo del Servicio de Coloproctología por presentar fístula anal; se le programó para fistulotomía, la cual se realizó sin alteraciones ni complicaciones.

El paciente acudió a su primera revisión postquirúrgica, en la que se observó una cicatrización del 70% en el ano. En el interrogatorio, el paciente refirió dolor abdominal difuso, irradiado hacia la cicatriz umbilical. En la exploración física no se encontraron hallazgos de importancia, por lo que se continuó vigilancia por consulta externa (*Figuras 1 y 2*).

Dos semanas posteriores al acto quirúrgico, presentó dolor, eritema y salida de materia fecal por la cicatriz umbilical. Se decidió internar al paciente para realizarle una colonoscopia, la cual reportó enfermedad diverticular del colon sigmoides, sin evidenciar trayecto fistuloso.

Se le indicó fistulografía, en donde se reportó comunicación de la cicatriz umbilical hacia el colon sigmoides. Finalmente, se programó al paciente para realizar una laparotomía exploradora electiva, donde se observó un divertículo único del colon sigmoides adherido hacia el peritoneo parietal a nivel de la cicatriz umbilical; donde se corroboró fístula colo-umbilical (*Figura 3*).

Se realizó sigmoidectomía y descendente recto anastomosis. Se dejó drenaje Penrose en la cavidad.

La evolución postquirúrgica del paciente fue adecuada. Se mantuvo en ayuno cinco días, con esquema antibiótico, ceftriaxona y metronidazol, por siete días y analgésico (ketorolaco y paracetamol) por razón necesaria. Se inició la vía oral con líquidos claros; la dieta progresó sin complicaciones. Se egresó en un periodo de siete días con pre-, trans- y postquirúrgico. Se le dio seguimiento por consulta externa durante tres meses. No presentó complicaciones, por lo que fue egresado del servicio.

DISCUSIÓN

Existen diferentes causas de fístulas espontáneas reportadas en la literatura; una de ellas es la



Figura 1. Salida de materia intestinal por la cicatriz umbilical.



Figura 2. Cicatriz umbilical con orificio fistuloso.

diverticulitis, seguida de otras como tumores malignos, enfermedad intestinal inflamatoria, secuelas de radioterapia, lesiones del tracto urinario y tuberculosis. Una de las causas principales en México es la enfermedad diverticular complicada o diverticulitis.

La enfermedad diverticular está presente en más de un tercio de la población mayor de 45 años de edad y su incidencia aumenta a dos tercios en la población mayor de 85 años.

La mayoría de los pacientes cursan asintomáticos; sólo del 20 al 25% presentan diverticulitis después de 10 años de evolución de la enfermedad. El 35% tiene uno o más episodios de diverticulitis tras 20 años de evolución de la enfermedad.

Las indicaciones quirúrgicas son claras:

- 1) Perforación o estenosis intestinal.
- 2) Reagudización de la enfermedad.
- 3) Falla en el tratamiento conservador acompañada de deterioro del paciente.

La cirugía programada es el tratamiento de elección, siempre y cuando la enfermedad no esté complicada y las condiciones del paciente lo permitan; se realiza un análisis de las enfermedades concomitantes (como diabetes mellitus, hipertensión arterial, entre otras) y se valora el riesgo-beneficio.^{2,3}

La fístula más común es la colo-vesical; en segundo lugar, la colo-cutánea, seguida de la colo-vaginal, colo-entérica, colo-ureteral, colo-uterina; las que se encuentran con menor frecuencia son la colo-umbilical y colo-tubárica.

El uraco persistente se describe en pocos casos como causa de fístula colo-uraco-cutánea.

La presencia del conducto onfalomesentérico es infrecuente; este puede causar oclusión intestinal, melena, dolor abdominal difuso, hernia umbilical y salida de material intestinal, principalmente en pacientes pediátricos.⁴⁻⁷

La persistencia del conducto uraco-umbilical se debe a la reapertura de la luz de dicho conducto. El uraco puede formar un tracto desde la vejiga hacia la cicatriz umbilical.⁸

En la mayoría de los casos, la presencia de este conducto no da manifestaciones clínicas;



Figura 3. Laparotomía exploratoria donde se observa maceración del peritoneo parietal en la cicatriz umbilical.

puede presentarse de manera inespecífica, como dolor abdominal difuso, edema o eritema periumbilical y/o secreción por la cicatriz umbilical.⁸

El paciente presenta riesgo de neoplasia si se identifica conducto uraco-umbilical. La fístula puede malignizarse por el remanente de uraco; en estos pacientes se recomienda el tratamiento quirúrgico.

El manejo conservador deberá valorarse si el paciente es portador de enfermedades que aumenten el riesgo de complicaciones postquirúrgicas.

Las fístulas colo-vesicales representan alrededor del 60% de los pacientes, y las manifestaciones se encuentran relacionadas con sintomatología del tracto genitourinario, síntomas como neumaturia (el más frecuente), disuria, fecaluria, hematuria, infecciones de vías urinarias resistentes a tratamiento y otros síntomas como fiebre y dolor abdominal difuso de predominio en el hipogastrio.⁹

Cuando se sospecha algún tipo de fístula, debemos enfocarnos en el interrogatorio, la historia clínica y los antecedentes, así como solicitar estudios de gabinete que incluyen: urocultivo, examen general de orina, colon por enema, cistoscopia, tomografía axial abdominal con contraste oral, dependiendo de la sintomatología referida por el paciente.

En el caso de fístula colo-vesical, se diagnostica principalmente con tomografía, colon por enema y/o fistulografía, observándose aire o material de contraste en la vejiga.^{10,11}

CONCLUSIÓN

La fístula umbilical es una patología poco común, generalmente secundaria a complicaciones postquirúrgicas por cirugías abdominales.^{3,4,6} En la literatura mundial se han descrito múltiples etiologías, entre las que se encuentran cesáreas, derivaciones ventrículo-peritoneales, peritonitis tuberculosa y otros procedimientos quirúrgicos abdominales.

Entre el 2 y 5% de las fístulas entero-cutáneas son espontáneas; sólo hay un caso reportado de fístula colo-umbilical espontánea, y se asocia en su totalidad a enfermedad diverticular no complicada. El tratamiento definitivo de estas fístulas, cuando son secundarias a perforación intestinal por diverticulitis, es quirúrgico en el 100% de los casos.^{10,11}

REFERENCIAS

1. Pracyk JB, Pollard SG, Calne RY. The development of spontaneous colo-umbilical fistula. *Postgrad Med J*. 1993; 69: 750-751.
2. Horner JL. Natural history of diverticulosis of the colon. *Am J Dig Dis*. 1958; 3: 343-350.
3. Larson DM, Masters SS, Spiro HM. Medical and surgical therapy in diverticular disease: a comparative study. *Gastroenterology*. 1976; 71:734-737.
4. Cheadle WC, Garr EE, Richardson JD. The importance of early diagnosis of small bowel obstruction. *Am Surg*. 1988; 54: 565-569.
5. Köhler L, Sauerland S, Neugebauer E. Diagnosis and treatment of diverticular disease: results of a consensus development conference. The Scientific Committee of the European Association for Endoscopic Surgery. *Surg Endosc*. 1999; 13: 430-436.
6. Miller G, Boman J, Shrier I, Gordon PH. Etiology of small bowel obstruction. *Am J Surg* 2000; 180: 33-36.
7. Mucha PJr. Small intestinal obstruction. *Surg Clin North Am*. 1987; 67: 597-620.
8. Vane DW, West KW, Grosfeld JL. Vitelline duct anomalies. Experience with 217 childhood cases. *Arch Surg*. 1987; 122: 542-547.
9. Moore TC. Omphalomesenteric duct malformations. *Semin Pediatr Surg*. 1996; 5: 116-123.
10. Roberts P, Abel M, Rosen L, Cirocco W, Fleshman J, Leff E, et al. Practice parameters for sigmoid diverticulitis. The Standards Task Force American Society of Colon and Rectal Surgeons. *Dis Colon Rectum*. 1995; 38: 125-132.
11. Benn PL, Wolff BG, Ilstrup DM. Level of anastomosis and recurrent colonic diverticulitis. *Am J Surg*. 1986; 151: 269-271.

Correspondencia:

Miguel Ángel Rosado Martínez

Hospital SEDNA consultorio 716, torre 2,
Periférico Sur 5246, Pedregal de Carrasco,
Coyoacán, 04700, Ciudad de México.
8000 7300 ext 7047

E-mail: miguelangelrmmd@gmail.com

www.medigraphic.org.mx