

Fístula sigmoideo-cervical secundaria a una enfermedad diverticular complicada

Guillermo Bannura C.¹ y Cristián Gallardo V.¹

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

Recibido el 31 de julio de 2018 y aceptado para publicación el 26 de septiembre de 2018.

Correspondencia a:
Dr. Guillermo Bannura C.
gbannura@gtmail.com

Sigmoideo-cervical fistula due to diverticular disease

Introduction: Diverticular disease is complicated by fistulas in 4% to 23% of patients. **Case Report:** A woman 52 years-old previously operated on with partial hysterectomy was successfully treated with antibiotics due to diverticulitis complicated with an abscess. Three months later the patient presented with vaginal discharge of faeces. Computed tomography showed wall thickening of sigmoid colon and vesical wall. Colonoscopy exclude cancer and confirmed the exit of gas through vagina. En-bloc resection of the sigmoid colon with traquelectomy with primary anastomosis was performed. The postoperative course was good without recurrence after 12 months of follow up. Sigmoideo-cervical fistula is a very rare benign fistula due to diverticular disease. Diagnosis is basically clinic, but tomography and colonoscopy are important to exclude other causes of fistulas. Radical surgery with primary anastomosis is the standard treatment.

Key words: diverticular disease; fistula; surgery.

Resumen

Introducción: Las fístulas secundarias a una enfermedad diverticular complicada son una indicación formal de cirugía electiva en el 4 a 23% de los casos. **Caso Clínico:** Se presenta el caso de una mujer de 52 años con antecedentes de una histerectomía subtotal por miomatosis uterina que consulta por cuadro de dolor abdominal en hipogastrio acompañado de fiebre de 4 días de evolución. La tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis describe una diverticulitis complicada con absceso peridiverticular. Tratada con antibióticos con buena respuesta clínica consulta a los 3 meses en nuestro servicio por pérdida de material fecal por vagina. Nueva TC confirma la presencia de una colección perisigmoidea y engrosamiento de la pared vesical. La colonoscopia informa una estenosis franqueable a nivel de sigmoide y se constata salida de gases por vagina. La corrección quirúrgica electiva incluyó una sigmoidectomía abierta con traquelectomía en block, cierre de la cúpula vaginal y anastomosis colorrectal mecánica, con buena evolución posoperatoria, sin recidiva a los 12 meses de seguimiento. La fístula sigmoideo-cervical es una complicación rarísima de la enfermedad diverticular complicada que puede ocurrir en pacientes sometidas a una histerectomía subtotal previa. Aunque el diagnóstico de la fístula es clínico, la colonoscopia y la TC permiten descartar otras etiologías. La resección radical del segmento afectado es el tratamiento estándar en pacientes aptos.

Palabras clave: enfermedad diverticular; fístula; cirugía.

Introducción

Las fístulas de colon de origen diverticular representan habitualmente una indicación formal de cirugía radical en pacientes con un riesgo quirúrgico adecuado¹. La mayoría de las fístulas de origen diverticular comprometen la vejiga, mientras que

el resto afectan a órganos vecinos como la vagina, el intestino delgado, la piel, el uréter, la uretra, el útero, el ciego, el apéndice cecal y, ocasionalmente, se presentan las fístulas mixtas en las cuales hay más de un órgano involucrado²⁻⁵. El motivo de esta presentación es mostrar un caso de fístula de origen diverticular de ocurrencia excepcional.

Caso clínico

Mujer de 52 años en tratamiento por hipertensión arterial y antecedente de histerectomía subtotal hace 10 años por miomas. Consulta por cuadro de dolor abdominal en hipogastrio, acompañado de fiebre y compromiso del estado general de 4 días de evolución. Tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis informa de la “la presencia de divertículos en el sigmoides uno de ellos con signos de perforación y la formación de una colección perisigmoidea de

4 cm que determina cambios inflamatorios de la grasa circundante y engrosamiento por vecindad de la vejiga” (Figura 1). Tratada con antibióticos en forma ambulatoria por 15 días con respuesta sintomática satisfactoria. A los 3 meses refiere salida de gases y deposiciones por vagina, lo que motiva un TC de abdomen y pelvis de control que revela una colección perisigmoidea de menor tamaño (Figura 2), con persistencia de los cambios inflamatorios en la pared vesical sin aire en vejiga. La colonoscopia muestra una “estenosis franqueable del sigmoide

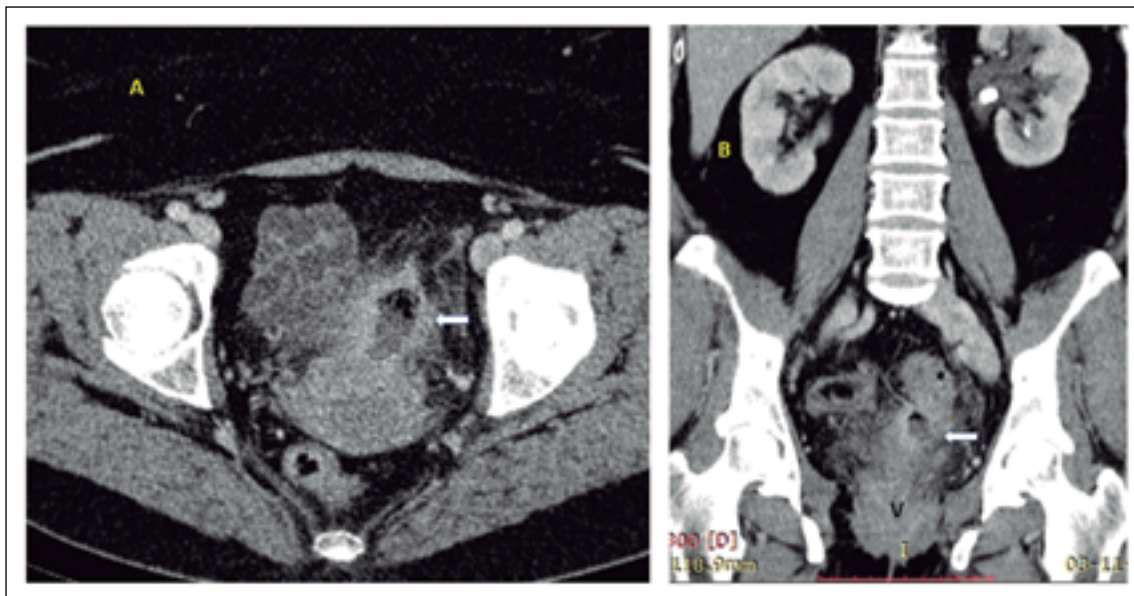


Figura 1. TC abdomen y pelvis: colección de 4 cm adyacente al sigmoides con cambios inflamatorios de la grasa circundante y de la pared vesical. **A:** corte axial. **B:** corte coronal.

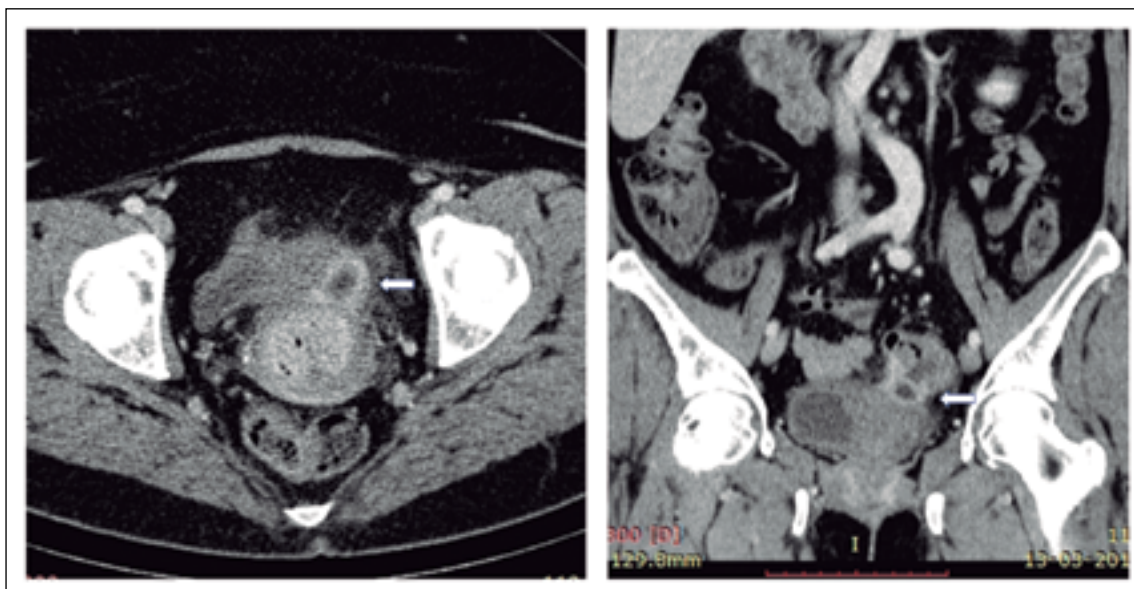


Figura 2. TC abdomen y pelvis de control: colección perisigmoidea de menor tamaño (2,2 cm) con cambios inflamatorios de la pared vesical. **A:** corte axial. **B:** corte coronal.

CASOS CLÍNICOS

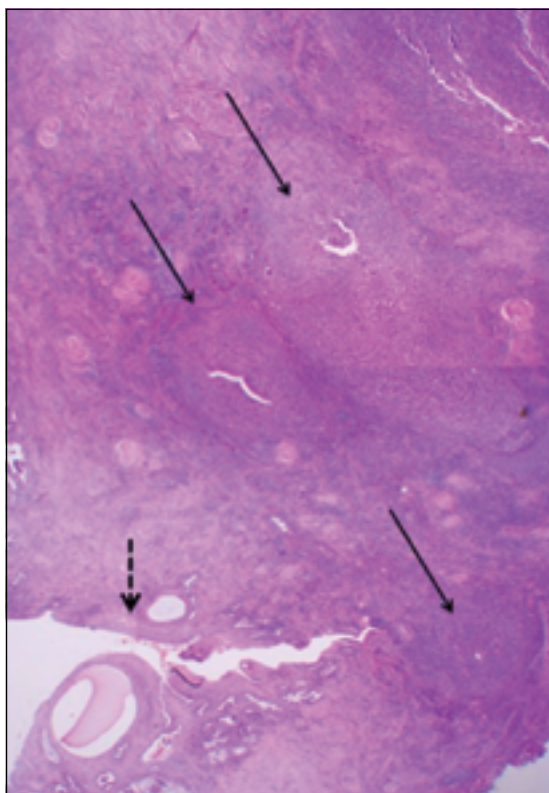


Figura 3. Microfotografía. Trayecto fistuloso en la pared del colon (flechas con línea continua) y en el cérvix (línea discontinua).

que se aprecia inflamado, presencia de pus y salida permanente de gases por vagina, sin visualizar el orificio fistuloso”. Fue sometida a una sigmoidectomía electiva abierta con una traquelectomía en block, cierre de la cúpula vaginal y anastomosis colorrectal grapada con evolución satisfactoria. Biopsia confirma una “diverticulitis con peridiverticulitis aguda supurativa, asociada a un trayecto fistuloso con tejido de granulación y reacción gigantocelular a cuerpo extraño que comunica con el cuello uterino”. En el control alejado a los 12 meses la paciente está asintomática.

Discusión

En un periodo de 30 años, hemos tratado con cirugía resectiva a 49 pacientes portadores de una

fístula benigna de origen diverticular, lo que representa el 28% de los casos intervenidos por esta patología⁶. De ellas, dos tercios corresponden a una fístula colovesical, lo que coincide con la literatura especializada. La fistulización al remanente del cuello uterino es una patología de rara ocurrencia y tiene un mecanismo similar a la fístula colovaginal. La caída de un colon sigmoidees redundante al fondo de la pelvis acerca este órgano a la vagina o al cuello cervical, como ocurrió en el caso que se presenta. A diferencia de las fístulas colovesicales en las cuales la comunicación ocurre sin una crisis diverticular perceptible por el paciente, en estos casos habitualmente existe el antecedente de un cuadro febril y dolor abdominal que obliga a consultar de urgencia. La fístula del colon sigmoidees al cuello uterino residual de una histerectomía subtotal es una complicación excepcional de la enfermedad diverticular del colon y hemos encontrado sólo un caso similar publicado en los años setenta⁷. Una variante de esta complicación es la fistulización del colon a través del cuello uterino en paciente con útero *in situ* a nivel del fondo de saco posterior⁸. Aunque el diagnóstico es clínico, la colonoscopia y la TC de abdomen y pelvis es fundamental para orientar el diagnóstico etiológico de la fístula y descartar una patología neoplásica. El tratamiento quirúrgico más efectivo es la resección radical del segmento de colon afectado, habitualmente con una anastomosis primaria, además, de completar la resección del cuello uterino (traquelectomía). El abordaje laparoscópico, que hemos empleado en algunos casos de fístula colovesical, podría ser una alternativa factible en estos raros casos de fístula sigmoide-cervical.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflictos de interés: no hay.

Bibliografía

1. Neale JA. Surgical management of diverticular disease in the elective setting. *Clinics in Colon and Rectal Surgery* 2018;31:236-42.
2. Bertelson NL, Abcarian H, Kalkbrenner KA, Blumetti J, Harrison JL, Chaudhry V, et al. Diverticular colovesical fistula: What should we really be doing? *Tech Coloproctol.* 2018;22:31-6.
3. Wen Y, Althans AR, Brady JT, Dosokey EMG, Choi D, Nishtala M, et al. Evaluating surgical management and outcomes of colovaginal fistulas. *Am J Surg.* 2017;213:553-7.
4. Holroyd DJ, Banerjee S, Bevan M, Prentice R, Vijay V, Warren SJ.

- Colovaginal and colovesical fistulae: the diagnostic paradigm. *Tech Coloproctol.* 2012;16:119-26.
5. Hjern F, Goldberg SM, Johansson C, Parker SC, Mellgren A. Management of diverticular fistulae to the female genital tract. *Colorectal Dis.* 2007;9:438-42.
 6. Bannura G, Cabello R, Riffo C. Fistulas colovesicales en adultos: análisis de 22 casos. *Rev Chil Urol.* 1997;62:247-51.
 7. Al-Humadi A, Alford JE. Sigmoidocervical fistula complicating diverticulitis: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1974;17:397-403.
 8. Kamel A, Eddy J. Sigmoid-cervical fistula due to diverticular disease. *J Obstet Gynecol.* 2010;30:875-6.