

Fístulas Reno Cólicas

DR. AVELINO HERNÁNDEZ LEÓN *

DR. JUAN JARAMILLO A. **

DR. ROBERTO CHAVERRI SOTO ***

El hallazgo de una fístula reno-cólica representa un hecho morboso bastante raro.

Ferrarese y Turini (1), en un reciente trabajo sobre dos casos de fístulas reno-cólicas secundarias, respectivamente a una pielonefritis crónica en próstático y a un riñón "máscic", relatan que, hasta hoy, en toda la literatura, han sido descritos aproximadamente sólo sesenta casos.

El primer trabajo monográfico sobre fístulas reno-cólicas remonta a Mertz (2) que, en 1931, refiriéndose a dos casos personales, reportó 29 casos de la reseña de la literatura mundial.

Siempre en el mismo año, Vermooten y Mickeown (3) publicaron otros dos casos.

Romani (4), en 1935, describió un caso personal, observando que, a juzgar de la literatura, la afección era extremadamente rara.

Siguen respectivamente en 1938 y en 1939 tres casos descritos por Wesson (5) y ocho reportados por Ratcliff y Barnes (6).

Markowitz y Katz (7) describieron dos casos, y Findlay (8) ocho casos en 1949.

Sucesivamente Ellik y Hetz (9) dos casos en 1953 y Rost y Coll. (10) un caso en 1956.

Marins y Segal (11) en 1959 describieron un caso que definieron único en la historia de la medicina: se trataba de una fístula reno-cólica izquierda secundaria a una calculosis que se eliminó espontáneamente a través del recto, con sucesivo cierre de la fístula. Bhisitkul y Burron (12) reportaron dos casos en 1961 y Gibbson y Schmidt (13) tres casos en 1965.

En todos los casos anteriormente descritos las fístulas reno-cólicas son secundarias a inflamaciones renales o perirrenales de calculosis (pionefrosis, perinefritis, absceso peri-renal), en un cuarto de los casos a la tuberculosis del riñón con sucesiva invasión del tejido peri-renal y son entonces frecuentemente

* Servicio Urología. Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia. C.C.S.S.

** Servicio Cirugía. Hospital México. C.C.S.S.

*** Servicio de Cirugía. Hospital México.

concomitantes a fístulas cutáneas (Romani, Gibbson). Ellik y Getz describieron también un caso de fístula reno-cólica secundaria a trauma.

La alta incidencia de las enfermedades renales y peri-renales de natura flogística y el estrecho reporte existente entre riñón y colon pude hacer observar que las fístulas nefrocólicas podrían ser en realidad mucho más numerosas de las que han sido hasta ahora descritas.

Es útil recordar, a este punto, que el colon tiene con el riñón relaciones mucho más extensas a la izquierda que a la derecha y que los dos órganos están separados entre ellos solamente por la capa anterior de la cápsula adiposa peri-renal (mucho menos desarrollada que no la posterior), de la sutil lámina del Toldt y del peritoneo parietal.

Verosímilmente a la formación de la fístula se opone inicialmente la gran actividad biológica del peritoneo y en un periodo sucesivo los hechos fibroescleróticos post-inflamatorios constituyentes una barrera difícilmente superable.

Clínicamente la fístula reno-cólica se manifiesta con dolores lumbo-abdominales, decaimiento de las condiciones generales (astenia, anorexia, anemización), alza de la temperatura, piuria persistente y hematurias alternas.

A esta sintomatología característica de las infecciones urológicas se pueden sumar los signos específicos de la comunicación entre vías urinarias e intestino, cuales la pneumaturia, la fecaluria y la diarrea. Objetivamente es posible a veces palpar al costado una masa dolorosa que mantiene el contacto lumbar. Los medios diagnósticos que permiten integrar el diagnóstico clínico de fístula reno-cólica están representados por los exámenes radiológicos del aparato urinario, del colon y la endoscopia de la vejiga. La cistoscopia proporciona elementos sobre la existencia de una fístula reno-cólica sólo cuando es posible ver salir del meato uretral gas, fragmentos de heces y pus (Gibbson y Schmidt).

A la urografía, el riñón interesado por la fístula está siempre funcionalmente excluido, de aquí la necesidad de recurrir al examen pielográfico ascendente, que, además de poner en evidencia alteraciones morfológicas pielocaliciales, visualiza trayectos fistulosos existentes entre riñón y colon.

La innaccesibilidad del uréter por estenosis o calculosis impide la ejecución de este importante examen radiológico y nos priva no sólo de elementos diagnósticos sino también orientativos sobre la presencia de una fístula nefrocólica que podrá ser diagnosticada entonces sólo en la mesa operatoria (Ferrarese-Turini, Findlay, Ratcliff y Barnes).

El examen con medio opaco permite reconocer comunicaciones anormales entre riñón y colon con excepción de los casos en los que por el surgir de mecanismos valvulares la fístula esté abierta hacia el colon.

La presencia de tales mecanismos valvulares puede, impidiendo también el manifestarse de los signos clínicos de la fecaluria y de la pneumaturia, dificultar todavía más el exacto diagnóstico de fístula reno-cólica.

CASO CLINICO

Ingresó: 5-1-70. Salió 2-4-70. Femenina, 62 años, casada, oficios domésticos, Santo Domingo de Heredia. *Antecedentes familiares:* hermana pa-

deció de cardiopatía no determinada. *Antecedentes personales:* Padeció propios de la infancia. Histerectomía un año antes. Colectomía siete meses antes. Traumático, alérgicos, alcoholismo y tabaquismo negativos. Dispepsia con episodios diarreicos desde hace 8 meses. *Ginecológicos:* Menarquia a los 14 años, ciclos 28x4, poca cantidad, sin coágulos. F.U.R. a los 38 años. *Obstétricos:* Gesta 13, Para 12, abortos 1. F.U.P. hace 30 años.

Enfermedad actual: Desde un año antes de su ingreso presentaba nicturia y polaquiuria severas, con episodios de disuria, lumbalgia bilateral y febrículas. Recibió tratamiento médico por tres meses sin ningún éxito. En los siete meses anteriores al ingreso la sintomatología se ha exacerbado. No acusó anorexia ni pérdida de peso.

EXAMEN FISICO: T.A. 100/60. P. 80/m. T. 36, 8º C. Paciente lúcida, poco colaboradora, en regular estado general. Cabeza: S.D.P. Ojos: S.D.P. O.R.L. S.D.P. Boca: Prótesis superior, adoncia inferior. Cuello: Bocio nodular de predominio derecho. Tórax: campos pulmonares limpios con buena ventilación. Corazón: R.C.R. bien timbrados. No soplos. Abdomen: Cicatriz en H.D., blando, depresible. Sin patología. Giordano negativo. T.V.: Vagina sana, se toca cúpula vaginal cerrada. T. R.: negativo. Extremidades: Várices grado II en M.I., cicatrices de úlceras varicosas antiguas.

Diagnóstico de ingreso: Infección urinaria crónica. La paciente en primera instancia ingresó al Servicio de Medicina donde fue estudiada por sepsis urinaria crónica. Los exámenes de fórmula roja, fórmula blanca, glicemia, N.U., creatinina, V.D.R.L., heces, T.P., T.C., T.S., fueron normales. Grupo A, RH positivo.

Orina: Densidad 1007, Ph. 6, 5. Proteínas indicios, azúcar negativo. Glóbulos rojos 10/cafo, leucocitos muchos, en grumos. El 70% de los leucocitos son titilantes.

Urocultivo: Más de 100.000 colonias de E. coli. Por este motivo recibió tratamiento con Furadantina. Orinas y cultivo por B.K.: negativos. Rx. de tórax: Bronquitis bibasal.

Pielograma intravenoso: Exclusión renal derecha. Retracción cicatricial de cálices superiores izquierdos compatible con T.B. (Fig. 1). Pielograma por infusión: Riñón derecho excluido. Riñón izquierdo con mismos hallazgos del P.I.V. compatibles con T.B.

Rx de tórax 24-2-70: Demostró foco neumónico en base izquierda.

Gamagrama renal: Demostró ausencia de silueta renal derecha. Exclusión funcional del riñón derecho. Al día 18 de su ingreso se pide interconsulta al Servicio de Urología y se recomienda trasladar al Servicio citado y practicar pielograma retrógrado. Al día siguiente se presenta el caso en sesión de urología y se estudia el pielograma retrógrado, llegándose a la conclusión de que la paciente puede tener una fístula nefrocólica (F. 2-3).

Pielograma retrógrado: derecho: estenosis tercio medio y tercio superior de uréter con rigidez de paredes de la unión uretero-piéllica. Hallazgos compatibles con T.B. Además hidronefrosis derecha con sospecha de llenado en pelvis que podría corresponder a una lesión granulomatosa tipo T.B.

Ureterograma derecho demostró la imposibilidad de neoplasia en tercio inferior de uréter. Se inició terapia anti-T.B. a base de: Estreptomina, H.A.I.N.

y P.A.S. Se prepara para cirugía. Es operada el 17-2-70 con diagnóstico de T.B. versus tumor renal derecho - Fístula reno-cólica.

Se practica lumbotomía derecha, encontrándose fístula reno-cólica derecha, la cual es extirpada. No se practicó nefrectomía por estar muy adherido el riñón a la vena cava. Reporte de Patología demostró proceso inflamatorio crónico.

Inicialmente el post-operatorio transcurrió normal. Al tercer día aparece abundante secreción purulenta en el drenaje. Hay hipertermia y dos días después hace cuadro de deshidratación y desequilibrio electrolítico. Un día más tarde hace ilioparalítico y neumonía basal izquierda. La secreción cultivó *E. coli* y *Aerobacter*, sensibles a Colimicina. El tratamiento es efectivo y la paciente se recupera lentamente pero en forma satisfactoria. Se da salida el 10-4-70.

Controles posteriores en la consulta externa demostraron persistencia de secreción por herida quirúrgica, pero en menor cantidad, por lo cual se continuó con antibioticoterapia. En control efectuado en agosto de 1971 se encuentra cierre de la fístula, pero aparición de hernia incisional.

R E S U M E N

Después de una rápida revisión de la literatura sobre las fístulas reno-cólicas y sobre la etiología, sintomatología y diagnóstico, se describe un caso de fístula reno-cólica izquierda posiblemente de origen tubercular.

S U M M A R Y

A review of the literature on renal colic fistulas is presented including the etiology, symptomatology and diagnostic procedures. A case of left renal-colic fistula is presented, possibly of tubercular etiology.

Fig. 1

Fig. 2

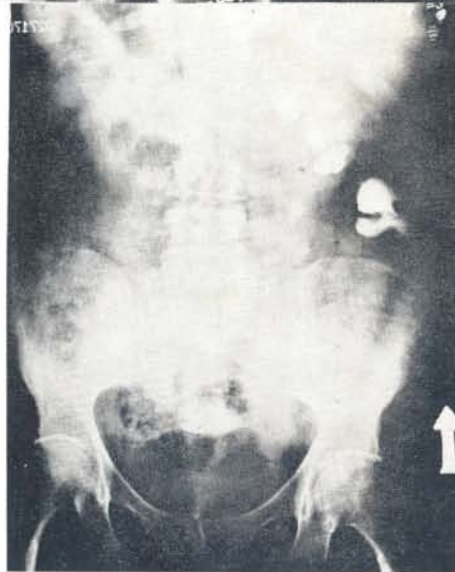
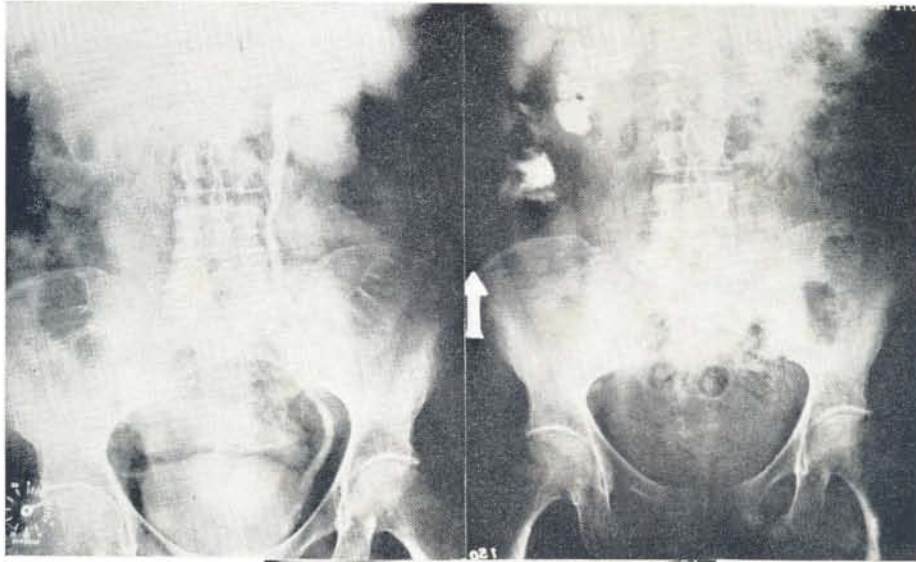


Fig. 3

B I B L I O G R A F I A

- 1.—FERRARESE D., TURINI D.:
Considerazioni su due casi di fistola renocolica. Bollettino della Soc. Tosco-Umbra Chirur., III, 231, 1966.
- 2.—MERTZ H. O.:
Spontaneous renovisceral fistulae with report of two cases of renocolic fistulae. Trans. Amer. Asso. Genito-Urin. Surg., 24, 115, 1931.
- 3.—VERMOOTEN V., MICKEOWN R. M.:
Reno-colic fistula. Amer. J. Surg., 2, 242, 1933.
- 4.—ROMANI A.:
Contributo allo studio delle fistole entero-renali. Arch. It. Urol., 12, 583, 1935.
- 5.—WESSON M. B.:
Reno colic fistulae: report of three cases. J. Urol., 39, 589, 1938.
- 6.—RATCLIFF R. K., BARNES A. C.:
Acquired renocolic fistula: report of two cases. J. Urol., 42, 311, 1939.
- 7.—MARKOWIZ I., KATZ I. D.:
Renocolic fistula. Two unusual cases. Urol. e Cutan. Rev., 44, 737, 1940.
- 8.—FINDLAY H. V.:
Renocolic fistula. Calif. Med., 70, 207, 1949.
- 9.—ELLIK M., HETZ J.:
Nephro colic fistula: dual case study. J. Urol., 70, 364, 1953.
- 10.—ROST G. E. COLL.:
Acquired renocolic fistula in remaining functioning Kidney with recovery: case
- 11.—NARINS L., SEGAL H.:
report. J. Urol 75, 787, 1956.
Spontaneous passage of dendritic renal calculus by rectum. J. Urol., 82, 274, 1959.
- 12.—BHISITKUL I., BURROS H. M.:
Tuberculous renocolic fistula; report of two cases. J. Urol., 84, 95, 1960.
- 13.—GIBBONS W. E., SCHMIDT J. D.:
Renocolic and renocolic cutaneous fistula: report of three cases. J. Urol., 94, 520, 1965.