

Fístulas Sigmoides

*Dr. Juan Arce Villalobos***

*Dr. Juan J. Pucci Coronado****

*Dra. Leda Morales Solano*****

RESUMEN

Se presentan 6 casos de fístulas sigmoides tratadas en el Servicio de Cirugía General No. 2 del Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social.

Cinco de éstas fueron secundarias a diverticulitis del colon sigmoides y una a cirugía pélvica (histerectomía), todos en pacientes mayores de 50 años.

Las fístulas sigmoideo-vesicales fueron las más frecuentes (cuatro casos) presentándose además tres pacientes con fístulas múltiples. La mitad de los pacientes había recibido tratamiento quirúrgico previo infructuosamente en otros centros hospitalarios.

Se analizan los métodos diagnósticos para cada tipo de fístula y finalmente se discute el tratamiento de esta entidad, concluyéndose que debe individualizarse éste para cada paciente de acuerdo a varios parámetros, insistiéndose en la factibilidad del manejo quirúrgico en un sólo estadio que traduce la tendencia actual en el tratamiento de este tipo de patología.

INTRODUCCION

Las fístulas del colon sigmoides se presentan con relativa poca frecuencia probablemente por la baja incidencia de diverticulitis en nuestro medio, principal causa de este tipo de fístulas.

La diverticulosis colónica es una enfermedad más frecuente en las naciones occidentales industrializadas, probablemente por sus costumbres dietéticas, cuya incidencia aumenta con la edad (5-8). (En algunos estudios, a los 80 años de edad el 80% de los pacientes tienen divertículos). Generalmente esta enfermedad es asintomática, sin embargo, alrededor del 30% de los pacientes presentan algún episodio de diverticulitis en el transcurso de su vida, condición indispensable para la aparición de una fístula. Las complicaciones más frecuentes de la diverticulitis son: la obstrucción (25%), el absceso (25%), la perforación (15%) y por último, las fístulas (10%). Analizado desde otro punto de vista, de todos los pacientes que se operan por diverticulitis, únicamente el 10% tiene fístulas. Con frecuencia la obstrucción, el absceso y la fístula se interrelacionan, siendo las primeras responsables de ésta.

La mayoría de estas complicaciones se presentan a nivel del colon sigmoides, obviamente por ser ésta la localización más frecuente de los divertículos del colon y es así como la diverticulitis es la causa más frecuente de fístulas del colon pelviano. (4-6).

Su incidencia es más alta por encima de los 50 años de edad y en el sexo masculino, supuestamente por la presencia del útero en la mujer que sirve de barrera protectora entre el colon y la vejiga impidiendo la formación de un trayecto fistuloso entre ambos órganos.

En general, existen dos tipos de presen-

*Trabajo presentado en el XLIV Congreso Médico Nacional.

**Jefe de Clínica del Servicio de Cirugía General No. 2, Hospital México, C.C.S.S.

***Residente de Cirugía General No. 2, Hospital México.

****Interna Universitaria, Facultad de Medicina, U. de Costa Rica.

tación de esta entidad: la primera cuando existe inflamación difusa con extensión progresiva a las estructuras vecinas, representando la fístula una complicación añadida de la diverticulitis; y una segunda forma que acompaña a la enfermedad diverticular "silenciosa" en que un único divertículo se adhiere y perfora hacia el órgano vecino, conservándose el resto del colon escasamente afectado. (4).

Otras causas de fístulas del colon sigmoides son el carcinoma del colon (20% de las fístulas del sigmoides); la enfermedad de Crohn en pacientes más jóvenes con fístulas múltiples, pero prácticamente ausente en nuestro medio; iatrogénicas durante cirugía pélvica (histerectomías) y finalmente secundarias a invasión del colon por neoplasias primarias avanzadas del cuello uterino, vejiga o próstata. En otras palabras, la mayoría de las fístulas son secundarias a enfermedad intestinal.

Las fístulas más frecuentes son las sigmoideo-vesicales y en segundo término, sigmoideo-vaginales (secundarias a diverticulitis o una histerectomía). Otro tipo de fístulas son las sigmoideo-cutáneas (puestas en evidencia al drenar un absceso y obtener gas o heces a través de éste); las sigmoideo-ileales que generalmente son asintomáticas y constituyen un hallazgo transoperatorio y finalmente tenemos un último grupo muy infrecuente que incluye las fístulas sigmoideo-uretrales, perianales y tubáricas.

El cuadro clínico obviamente dependerá del tipo de fístula.

Los pacientes con fístulas colovesicales, generalmente son hombres entre 50 y 70 años de edad que tienen sintomatología intestinal mínima y síntomas urinarios francos, caracterizados fundamentalmente por neumaturia, disuria, polaquiuria y fecaluria (2-6-7). El colon por enema casi siempre es anormal (aunque sólo en el 30% se logra demostrar la fístula) complementándose el diagnóstico con una cistografía y cistoscopia, aunque éstas generalmente, nos muestran únicamente signos indirectos. (11). El fin fundamental de la rectosigmoidoscopia será el de descartar enfermedad neoplásica puesto que la fístula no es visualizada a través de ésta.

Las fístulas sigmoideo vaginales y cutánea son fácilmente diagnosticadas a través de una

fistulografía.

Como posteriormente analizaremos, el manejo de esta patología aún es controversial, convirtiéndose en un tema de especial interés para el Cirujano General, el Urólogo y el Ginecólogo.

MATERIAL Y METODOS

En un período de diez años, comprendido entre setiembre de 1969 y agosto de 1979, hemos tenido la oportunidad de tratar seis pacientes con fístulas del colon sigmoides en el Servicio de Cirugía General No. 2 del Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social.

De los seis pacientes, cuatro fueron del sexo femenino, contrario a lo descrito en otras series mayores, en que predomina el sexo masculino diferencia explicada por el mecanismo antes mencionado.

Todos los pacientes son mayores de 50 años, con un promedio de 62 años de edad, esto por la mayor incidencia de diverticulosis y diverticulitis en relación con una mayor edad.

La diverticulitis fue la causa de la fístula en cinco de nuestros pacientes. Como antes mencionamos, ésta es la causa de las fístulas sigmoideas en alrededor del 60% de los casos en otras series; en nuestro medio esta cifra aumenta por la ausencia de enfermedad de Crohn y la menor incidencia de carcinoma del colon.

Una paciente presentó una fístula sigmoideo-vésico-vaginal iatrogénica, secundaria a una histerectomía.

Las fístulas sigmoideo-vesicales fueron las más frecuentes (cuatro casos) hecho explicado por la íntima relación anatómica que guardan la vejiga y el colon sigmoides.

A pesar del relativo poco número de casos, tenemos fístulas de todas las variedades más frecuentes (sigmoideo-vesical, cutánea, vaginal e ileal) incluyendo tres pacientes con fístulas múltiples.

En todos los pacientes se hizo el diagnóstico clínico de la fístula en forma correcta. Únicamente en una paciente con fístulas múltiples, se le encontró transoperatoriamente una fístula sigmoideo-ileal, que no se había detectado antes de la laparotomía. Tres de las pacientes habían recibido tratamiento quirúrgico múltiple (de dos a cinco interven-

ciones) previamente en otros centros hospitalarios. Dos de éstos ya tenían una colostomía al ser admitidos en nuestro servicio para ser tratados de su fístula.

A continuación les presentamos un resumen del aspecto clínico y manejo de cada caso y un análisis de los resultados obtenidos.

RESUMEN DE CASOS Y RESULTADOS

Caso No. 1

(Tratamiento en un estadio)
Paciente femenina de 75 años

ENERO 1977:

Presenta cuadro de diverticulitis aguda por lo que se le practica colostomía transversa en otro hospital.

JUNIO 1977:

Se le cierra la colostomía desarrollando una fístula cutánea.

ENERO 1978:

Ingresa al Hospital México por este motivo. A través de una fistulografía se le diagnostica una fístula sigmoideo-cutánea. Un colon por enema únicamente revela divertículos a nivel del colon sigmoides.

ENERO 1978:

Se le practica una colectomía parcial (colon sigmoides) con anastomosis término-terminal (efectuado también en el resto de los casos) y además se le encuentra una fístula sigmoidea-ileal, la cual se libera y se cierra el defecto a nivel del intestino delgado.

MARZO 1978:

Se reinterviene por fístula entero-entérica (intestino delgado) y además se drena un absceso pélvico.

NOVIEMBRE 1978:

Asintomática.

Caso No. 2

(Tratamiento en un estadio)
Paciente femenina de 76 años, diabética

NOVIEMBRE 1977:

Internada en el Servicio de Medicina del Hospital México por sepsis urinaria y diabetes descompensada. Dentro del cuadro clínico presenta neumaturia y fecaluria; un colon por enema revela una fístula sigmoidea vesi-

cal y divertículos colónicos (fotografía No. 2). Una cistoscopia corrobora el diagnóstico.

ENERO 1978:

Se le practica una colectomía parcial y fistulectomía; como única complicación presenta infección de la herida quirúrgica.

NOVIEMBRE 1979:

Asintomática.

Caso No. 3

(Tratamiento en un estadio)
Paciente femenina de 51 años

1961:

Histerectomía total por metrorragia.

1972:

Presenta cuadro de diverticulitis aguda, tratada médicamente. Un mes después inicia expulsión de heces por vagina. A través del examen ginecológico y fistulografía se le diagnostica una fístula sigmoidea vaginal.

OCTUBRE 1972:

Se le realiza fistulectomía y colostomía descendente en otro hospital.

OCTUBRE 1972:

Se le realiza colostomía transversa y desaparece la fístula.

JULIO 1973:

Se le cierra la colostomía sigmoidea.

ENERO 1974:

Se le cierra la colostomía transversa y reanuda expulsión de heces por vagina.

JUNIO 1975:

Se le practica nueva fistulectomía persistiendo la fístula.

AGOSTO 1978:

Internada por primera vez en el Hospital México por una crisis asmática severa, encontrándosele la presencia de heces en vagina. Un colon por enema revela divertículos en colon sigmoides. Una rectosigmoidoscopia es normal. Se deduce que la fístula sigmoideo-vaginal es secundaria a diverticulitis.

SETIEMBRE 1978:

Se le practica colectomía parcial y fistulectomía. Única complicación postoperatoria: infección de herida quirúrgica.

NOVIEMBRE 1979:

Asintomática.

Caso No. 4
(Tratamiento en dos estadíos)
Paciente femenina de 58 años,
acromegálica, con el antecedente de
hipofisectomía.

MAYO 1972:

Histerectomía por metrorragia. Expulsión de heces por vagina en el postoperatorio No. 6

JUNIO 1972:

Se le practica colostomía incompleta del transverso en otro hospital. Continúa con expulsión de heces por vagina.

MAYO 1973:

Fistulectomía vía transvesical. Continúa la fístula.

JUNIO 1973:

Fistulectomía vía vaginal con persistencia de la fístula.

MARZO 1974:

Nueva fistulectomía vía vesical con desaparición de la fístula.

ABRIL 1974:

Se le cierra colostomía, reapareciendo de nuevo la fístula.

MARZO 1976:

Internada por primera vez en el Hospital México, demostrándose a través de fistulografía y cistografía una fístula sigmoidea-vesico-vaginal.

MARZO 1976:

Se le practica una fistulectomía, se suturan los defectos en el colon sigmoides, vejiga y vagina, se interpone el epiplón mayor entre el colon y la vejiga y finalmente se realiza una colostomía completa del transverso.

NOVIEMBRE 1979:

Asintomática.

Caso No. 5
(Tratamiento en tres estadíos)
Paciente masculino 60 años

MAYO 1978:

Internado en otro hospital por obstrucción intestinal. Se le practicó colostomía incompleta del sigmoides. En el postoperatorio presenta fecaluria.

SETIEMBRE 1978:

Se le practica una colectomía parcial

izquierda (únicamente se le resecan 7 cms. de colon sigmoides) y se le cierra la colostomía. En el postoperatorio persiste la fecaluria y además presenta expulsión de heces por la herida quirúrgica. Se le realiza una nueva colostomía incompleta ahora a nivel del transverso.

NOVIEMBRE 1978:

Internado por primera vez en el Hospital México. A través de un colon por enema y una cistoscopia se le diagnostica una fístula sigmoideo-vesico-cutánea y divertículos colónicos (fotografía No. 1).

NOVIEMBRE 1978:

Se le practica una colectomía parcial, fistulectomía, sutura del defecto vesical y se completa la colostomía del transverso.

En el postoperatorio presenta una fístula vesico-cutánea que cierra espontáneamente al mantener una sonda vesical por dos semanas.

FEBRERO 1979:

Se cierra la colostomía.

NOVIEMBRE 1979:

Asintomático.

Caso No. 6
(Tratamiento en tres estadíos)
Paciente masculino de 51 años, diabético

DICIEMBRE 1977:

Presenta cuadro de diverticulitis asociado a fecaluria; se trata médicamente y desaparecen los síntomas.

JULIO 1978:

Internado en el Hospital México por obstrucción intestinal asociada a infección urinaria.

JULIO 1978:

Se le practica colostomía transversa completa por no resolverse el cuadro obstructivo con tratamiento médico. Un colon por enema revela divertículos sigmoideos y una cistografía confirma la presencia de una fístula sigmoidea-vesical.

SETIEMBRE 1978:

Se le realiza una colectomía parcial, fistulectomía y sutura del defecto vesical. Única complicación postoperatoria: infección de la herida quirúrgica.

FEBRERO 1979:

Se cierra la colostomía.

NOVIEMBRE 1979:

Asintomático.

Como les hemos mostrado, tres de los pacientes fueron tratados en un sólo estadio quirúrgico, uno en dos estadios y finalmente, dos en tres estadios.

La conducta quirúrgica fue escogida de acuerdo a las características de cada caso. Los dos pacientes a los cuales se trató a través de tres estadios ya tenían una colostomía previa por un cuadro de obstrucción intestinal; la presencia de ésta fue la que condicionó la conducta terapéutica. No tuvimos mortalidad quirúrgica.

Un paciente presentó una fístula vesíco-cutánea en el postoperatorio, la cual cerró espontáneamente. Una paciente presentó un absceso pélvico, que necesitó ser drenado a través de una laparotomía, (única paciente reintervenida); ésta, presentaba una fístula sigmoidea-ileal y cutánea y fístulas ileo-iliales múltiples, secundarios a diverticulitis, con contaminación importante de la cavidad peritoneal. Además tres pacientes presentaron infección de la herida quirúrgica. Consideramos que la morbilidad quirúrgica no representó mayor problema para nuestros pacientes y que el resultado final ha sido excelente, puesto que todos se encuentran actualmente asintomáticos.

COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Las fístulas del colon sigmoideas son infrecuentes en nuestro medio, sin embargo, representan una condición potencialmente letal, que puede manifestarse de diversas formas de acuerdo al tipo de fístula, motivo por el cual son de especial interés tanto para el Cirujano General, como para el Urólogo y Ginecólogo.

Desde el punto de vista diagnóstico el colon por enema, aunque demuestra la fístula en sólo la tercera parte de los casos, nos mostrará la enfermedad intestinal subyacente, por lo cual es de fundamental importancia. La cistografía es menos útil, sin embargo, con frecuencia nos da signos indirectos (deformidad, desplazamientos) en los pacientes con fístulas vesicales. (11).

La sigmoidoscopia sólo tiene valor como método para descartar un carcinoma; las fístulas no pueden verse a través de ésta. A su vez, la cistoscopia demuestra la presencia de una fístula en el 20 a 40% de los casos y usualmente lo que revela es una zona localizada de cistitis lo que hace sospechar el diagnóstico.

Las fístulas cutáneas y vaginales son fácilmente confirmadas a través de una fistulografía.

Otros métodos diagnósticos como la introducción de colorantes no suelen ser necesarios.

Una vez que se ha confirmado el diagnóstico, el tratamiento debe ser quirúrgico, puesto que las fístulas prácticamente nunca cierran espontáneamente. (3-9-10).

Recordemos que las fístulas sigmoideas son secundarias a una diverticulitis y que el tratamiento debe ir dirigido fundamentalmente a la enfermedad de fondo.

El tratamiento médico sólo tiene cabida en pacientes con gran riesgo quirúrgico o con enfermedad neoplásica avanzada.

La colostomía como tratamiento único es uno de los métodos más antiguos en el tratamiento de las fístulas, sin embargo, se ha demostrado (y así lo ilustran varios de nuestros casos) que la colostomía o la resección única de la fístula son insuficientes como tratamiento definitivo de ésta.

La colostomía simple se ha usado paliativamente en pacientes con carcinoma avanzado para aliviar los síntomas de la fístula, pero recordemos que esto significa para el paciente cambiar la fístula por una colostomía y aún con ésta, muchas fístulas no logran cerrar. Por otro lado, al cerrarse la colostomía, prácticamente en todos los casos la fístula recurrirá.

Todo esto nos lleva a la conclusión de que el tratamiento debe comprender la resección del segmento colónico lesionado.

No debe pretenderse reseca todo el colon con divertículos, sino, únicamente aquel segmento que incluya el asa fistulosa y la unión pelvi-rectal, con el fin de eliminar una causa de presión intracólica elevada (este segmento generalmente será de 30 a 40 cms. de longitud). (1).

En los pacientes con fístulas a vejiga no es necesario reseca parte de ésta, sino únicamente suturar el orificio residual y dejar una

sonda vesical por dos semanas.

El procedimiento puede realizarse en múltiples estadios o en uno solo. El método empleado, ha sido clásicamente en tres estadios (primero: colostomía transversa; segundo: colectomía con anastomosis término-terminal; tercero: cierre de la colostomía). Si éste es el método escogido, creemos que la colostomía debe ser a nivel del colon transverso y en forma completa (o en discontinuidad) con el fin de derivar totalmente el contenido intestinal. La colostomía incompleta generalmente es insuficiente para llenar los fines con que se practica. Por otro lado, una vez realizada la resección del colon sigmoide y la fístula, la colostomía deberá cerrarse una vez que se confirme la integridad de la anastomosis a través de un estudio radiológico (de dos a tres meses después de la colectomía, en nuestra experiencia).

Dos de nuestros pacientes fueron tratados en esta forma, sin embargo, recordemos que ambos ya tenían una colostomía al ingresar a nuestro servicio para el tratamiento de su fístula.

Creemos que esta modalidad aún tiene fundamento en aquellos casos que tengan las siguientes condiciones:

- a- Obstrucción intestinal.
- b- Absceso o peritonitis.
- c- Condiciones locales de la anastomosis adversas (tensión, mala irrigación, bordes inadecuados).
- d- Preparación inadecuada del colon.

Una forma más sencilla es el tratamiento en dos estadios (colectomía con anastomosis término-terminal y colostomía de protección en un primer estadio y posteriormente cierre de la colostomía). Así lo hicimos en uno de nuestros casos de fístula sigmoidea vesical, en que además se interpuso epiplón mayor



FOTOGRAFIA No. 1: Colon por enema que muestra una fístula sigmoideo-vesical secundaria a diverticulitis, siendo esta el tipo de fístula más frecuente y la diverticulitis sigmoidea la causa de mayor incidencia. (Caso No. 5).

en forma de barrera protectora entre el colon y la vejiga, una maniobra de utilidad en este tipo de fístulas. Más recientemente algunos autores han preconizado el tratamiento en un solo tiempo (colectomía con anastomosis, sin colostomía).

Sus indicaciones y ventajas son las siguientes:

- a- Buen estado general del paciente.
- b- Ausencia de absceso pericolónico.
- c- Condiciones locales de la anastomosis adecuadas.
- d- Evita una colostomía temporal.
- e- Disminuye el número de intervenciones quirúrgicas, anestesias, días de estancia hospitalaria e incapacidad del paciente.

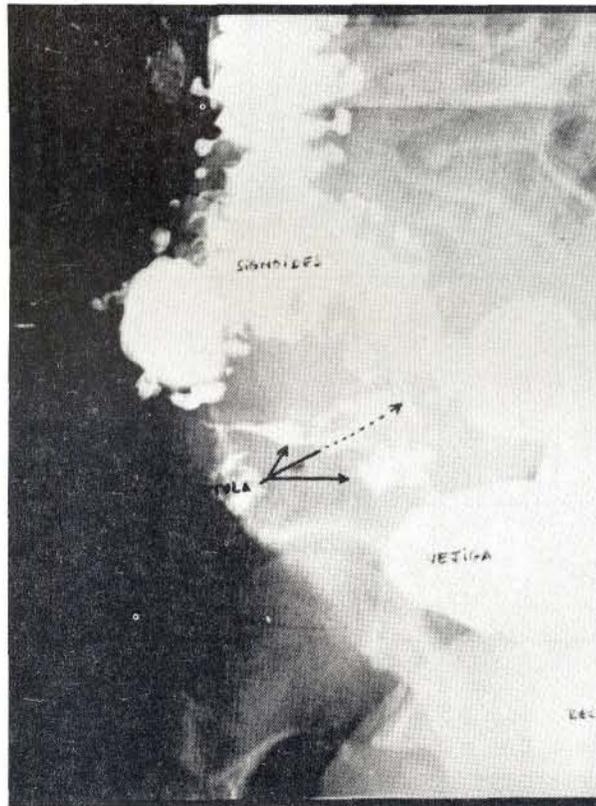
La tendencia actual es el tratamiento en un sólo estadio, el cual es el de elección en los pacientes seleccionados adecuadamente,

a través de los parámetros antes mencionados. (5-9).

Así lo hemos practicado en la mitad de nuestros pacientes.

En los casos que les hemos presentado, no hemos tenido mortalidad y la morbilidad ha sido de poca trascendencia en relación con un excelente resultado en todos los pacientes, encontrándose en la fecha actual todos asintomáticos y con un 100% de curación de su fístula.

Cabe finalmente recalcar que no hemos tenido diferencias significativas en nuestros casos con uno u otro método, puesto que el resultado final ha sido bueno en todos, pero creemos que la resección en un sólo estadio es factible y debe ser de elección en los casos seleccionados a través de los parámetros ya mencionados.



FOTOGRAFIA No. 2: Incidencia lateral de un colon por enema que muestra una fístula múltiple (sigmoidea-vésicocutánea), también secundaria a diverticulitis. (Caso No. 2).

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BACON, H.E. and PEZZUTTI, J.E.: Adequate resection for diverticulitis of the colon. Arch. Surg. 92: 58, 1966.
- 2.- BEST, J.W. and DAVIS, R.M.: Vesico intestinal fistulae. The Journ. Urol. 101: 62, 1969.
- 3.- CALCOCK, B.P.: Surgical management of complicated diverticulitis. Surg. Clin. North Am. 48: 543, 1968.
- 4.- CARPENTER, W.S. et al: Fistulas complicating diverticulitis of the colon. Surg. Gynec. and Obst. 134: 425, 1972.
- 5.- CASTRO, A.F.: Colonic diverticular disease. 18: 563, 1975.
- 6.- HENDERSON, M.A. and SMALL, W.P.: Vesico colic fistula complicating diverticular disease. Br.J. Urol. 41: 314, 1969.
- 7.- MOISEY, C.V. and WILLIAMS, J.L.: Vesico intestinal fistulae. Br. Journ. Urol. 44: 662, 1972.
- 8.- PHEILS, M.T.: Colonic diverticular disease. 18: 560, 1975.
- 9.- PONKA, J. and SHOALAN, A.K.: Changing aspects in surgery of diverticulitis. Arch. Surg. 89: 31, 1964.
- 10.- SMITHWICK, R.H.: Surgical treatment of the sigmoid colon. Amer. J. Surg. 99: 192, 1960.
- 11.- WARD, J.N.; LOVENGOOD, R.N.; NAY, H.R. and DRAPER, J.W.: Diagnosis and treatment of colovesical fistulae. Surg. Gynec. and Obst. 130: 1082, 1970.

Cuadro No. 1
FISTULAS SIGMOIDEAS

No.	SEXO	EDAD	ETIOLOGIA	TIPO	TX.	MORBILIDAD	EVOLUCION
1	Fem.	75	Diverticulitis	Sigmoideo cutánea Sigmoideo ileal	1 T	Absceso pélvico	Curada
2	Fem.	76	Diverticulitis	Sigmoideo-vesical	1 T	Infección herida	Curada
3	Fem.	51	Diverticulitis	Sigmoideo-vaginal	1 T	Infección herida	Curada
4	Fem.	58	Iatrogénica	Sigmoideo-vesico- vaginal	2 T	No	Curada
5	Masc.	60	Diverticulitis	Sigmoideo-vesical Sigmoideo-cutánea Vésico-cutánea	3 T	Fístula vésico-cutánea	Curado
6	Masc.	51	Diverticulitis	Sigmoideo-vesical	3 T	Infección herida	Curado