



P-321 - FÍSTULA COLO-GÁSTRICA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN

J.C. Gamero Huaman¹, C. Torres Arcos¹, B. de Soto Cardenal¹, L. Castro Laria¹, J. Galán Álvarez¹, F. Oliva Mompeán¹ y F.J. Padillo Ruiz²

¹Hospital Virgen de la Macarena, Sevilla. ²Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Objetivos: Una complicación común en los pacientes con enfermedad de Crohn es la formación de fistulas entre distintos órganos internos (entero-entérica, entero-vesical, entero-vaginal, etc.) llegando a presentarse hasta en el 50% de los pacientes después de 20 años; sin embargo, una presentación poco frecuente de éstas es la fistula colo-gástrica, de la cual sólo se han reportado 37 casos hasta la actualidad.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente de 37 años diagnosticada de enfermedad de Crohn colónica y perianal desde hace casi 20 años (A1L2B3+p), que consulta por molestias y pesadez epigástricas, aliento fétido y pérdida de peso. La exploración es normal, y en la analítica destacan una Hemoglobina de 8,5 g/dL, y una disminución de prealbúmina con albúmina y proteínas totales en rango normal. Se realiza una ecografía abdominal donde se visualiza engrosamiento y edema de pared de colon transverso, por lo que se realiza colonoscopia, la cual visualiza una “lesión concéntrica y ulcerada a 90 cm del margen anal, estenosante, que no permite el paso del endoscopio. Resto del colon respetado hasta ampolla rectal”. Se toman biopsias: “colitis crónica activa con ulceración, compatible con enfermedad inflamatoria intestinal”. Se realiza un enema opaco, que identifica “en colon transverso un segmento con disminución de calibre de unos 5 cm, en relación con una estenosis, paso del contraste del colon transverso al estómago, y un reflujo gastroesofágico”. Con el diagnóstico de enfermedad de Crohn con fistula colo-gástrica, se programa intervención quirúrgica, realizándose previamente una valoración y tratamiento nutricional consistente en dieta pobre en residuos y suplementos orales hiperproteicos.

Resultados: Se realiza laparotomía exploradora, hallándose el segmento de colon transverso estenótico y fistulizando a curvadura mayor gástrica. El resto de colon transverso en sentido proximal y el colon derecho se hallan afectados por la enfermedad. Se realiza hemicolectomía derecha ampliada hasta margen macroscópicamente sano, anastomosis ileo-transversa latero-lateral mecánica, y resección en bloque del trayecto fistuloso. Se revisa la mucosa gástrica que no está afectada por la enfermedad de Crohn, y se realiza un cierre simple. El postoperatorio es favorable, siendo alta al séptimo día postoperatorio.

Conclusiones: Aunque la cirugía en la enfermedad de Crohn no es curativa, es la opción más recomendable cuando aparecen complicaciones, siendo una de ellas las fistulas entre distintos órganos. En estos casos, debe researse el segmento originario de la fistula, con márgenes macroscópicamente sanos, mientras que si el órgano diana de la fistula no está afectado por la enfermedad es suficiente con realizar un cierre simple tras resecar el trayecto fistuloso. La preparación quirúrgica, como el soporte nutricional y mejora de condiciones sépticas, es un pilar fundamental para el éxito, mejorando las condiciones del paciente para realizar una cirugía con anastomosis en el mismo acto. Aunque las fistulas son una complicación frecuente en

la enfermedad de Crohn, la fistula colo-gástrica es una forma muy poco frecuente de éstas, conociéndose únicamente 37 hasta la actualidad, motivo por el que nos parece interesante nuestro caso.