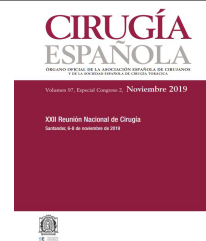




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-342 - AFECTACIÓN METASTÁSICA DE FÍSTULA TRANSESFINTERIANA BAJA COMO DEBUT DE NEOPLASIA DE LA UNIÓN RECTO-SIGMOIDEA

Añón, Elena; Tormos, Bárbara; del Pino, Sheila; García, Nuria; Esteve, José Antonio; Simó, Mario; Pérez, Teresa; Aguiló, Javier

Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.

Resumen

Introducción: El implante de células malignas a nivel de un trayecto fistuloso perianal previo como forma de debut de una neoplasia de colon constituye una forma de presentación muy poco frecuente de los que solo hay descritos 23 casos en la literatura

Caso clínico: Se trata de un paciente de 54 años con un cuadro de tres meses de evolución de proctalgiya y rectorragia tras la defecación con hábito intestinal estreñido de forma habitual que se ha acentuado en los últimos dos meses. A la exploración física presenta un granuloma sangrante a nivel de rafe medio posterior sin otros hallazgos por lo que se decide realizar exploración bajo anestesia. En la intervención quirúrgica se identifica una fístula perianal transesfinteriana baja por lo que se realiza fistulectomía del trayecto. Se remite el trayecto fistuloso a Anatomía patológica cuyo diagnóstico final es de adenocarcinoma de tipo intestinal. Ante los resultados se realiza estudio de extensión con colonoscopia completa, TAC toracoabdominopélvico y RMN pélvica evidenciando una neoplasia situada a 12 cm de margen anal con afectación ganglionar y sin metástasis a distancia cuya anatomía patológica confirma que se trata de un adenocarcinoma infiltrante moderadamente diferenciado de colon. Por el momento se encuentra en tratamiento neoadyuvante con quimiorradioterapia y posteriormente se realizará intervención quirúrgica.

Discusión: La diseminación de las neoplasias colorectales a nivel de trayectos fistulosos constituye una forma de debut muy infrecuente. Los síntomas y la exploración física con los que se manifiesta esta entidad clínica no difieren de los de las fístulas perianales por lo que su diagnóstico definitivo no se establecerá hasta que no se realice el análisis anatomopatológico. Otras posibilidades diagnósticas que debemos plantearnos ante este cuadro clínico es la malignización de un trayecto fistuloso de larga evolución o la existencia de una neoplasia de recto baja que se presenta como una fístula por extensión directa. En cuanto a su manejo clínico, dados los pocos casos publicados en la literatura médica, existe controversia sobre cuál es la técnica quirúrgica más adecuada. Existen algunos autores que recomiendan la amputación abdominoperineal aunque hay otros que abogan por el tratamiento del tumor primario y la resección local del trayecto fistuloso, confirmando siempre que los márgenes estén libres de tumor. También se puede realizar cirugía con preservación de esfínteres combinada con resección local con o sin quimiorradioterapia.