



P-442 - FÍSTULA COLOCUTÁNEA TRAS DIVERTICULITIS AGUDA ASINTOMÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

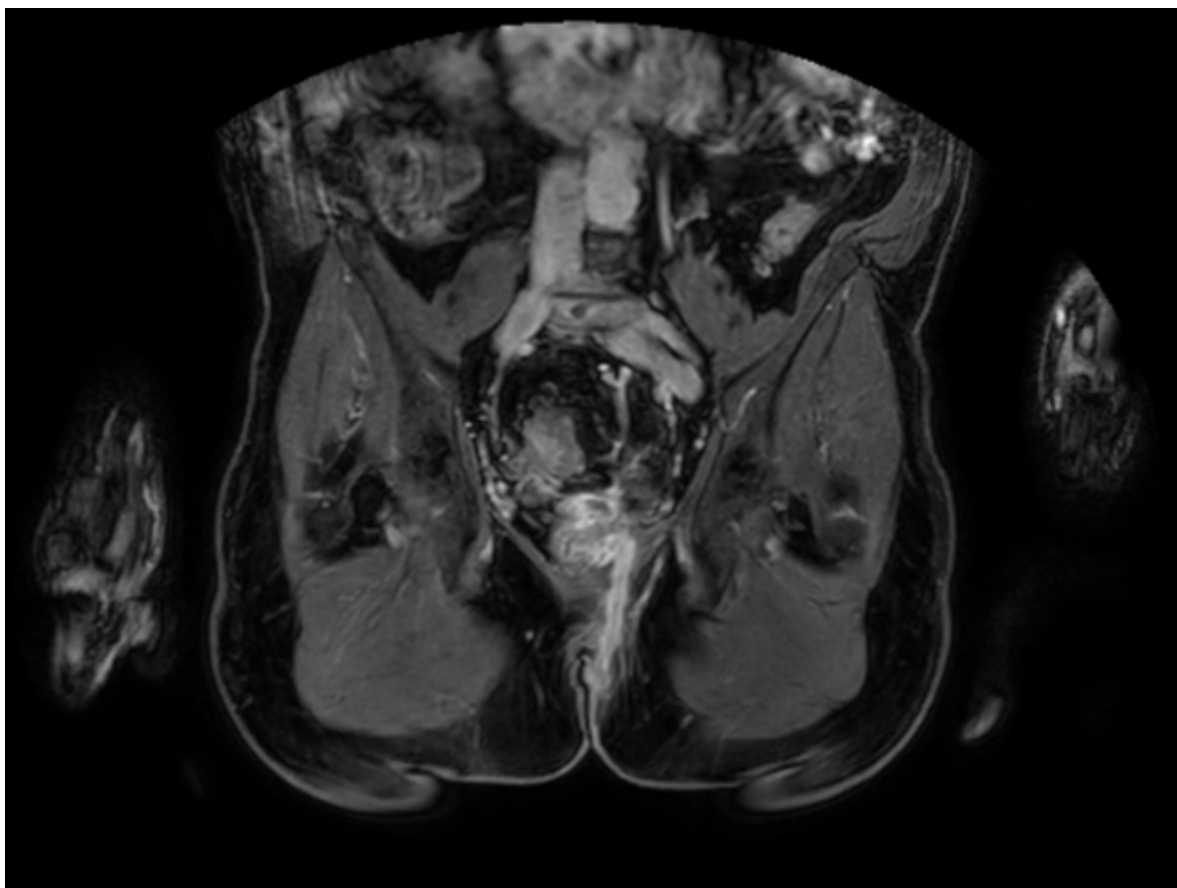
Moreno Ballesteros, Marta; Tejero, Macarena; Lindo Canchado, Juan Jose; Lima de Abreu, Pedro; Mora Suárez, Mercedes; Pozo Aranda, Pedro; López Farias, Alberto; Sánchez Peláez, Daniel

Hospital de Mérida, Mérida.

Resumen

Introducción: La diverticulitis es una enfermedad frecuente en nuestro medio teniendo una prevalencia de más del 30% en pacientes entre 60-85 años. Abarca diversas situaciones clínicas desde paciente asintomáticos hasta debutando como perforaciones, hemorragias o fístulas siendo estas últimas una complicación muy poco habitual, entre el 1-4% del total, las más asociadas; las fístulas colouterina, colovesical y ureterocólica. Se expone que tras la resección colónica se produce un absceso paracólico y la posterior creación de un trayecto fistuloso por espacio extraperitoneal.

Caso clínico: Paciente varón de 64 años que es derivado desde su médico de atención primaria por presentar absceso perianal recurrente secundario a fístula perineal de un año de evolución. El paciente no refiere clínica abdominal, urológica o fiebre ni otra sintomatología clínica asociada. Niega historia de enfermedad inflamatoria en la familia. A la exploración perianal se visualiza orificio fistuloso externo (OFE) a las 3 horas en posición de litotomía que se canaliza e instala a través de OFE sin visualizar salida por canal anal. Se realiza tacto rectal sin palpar orificio fistuloso interno (OFI). La resonancia magnética (RMN) de pelvis revela a nivel del tercio medio del colon sigmoide un divertículo con cambios inflamatorios de tejidos grasos del cual se continúa con un trayecto fistuloso descendente de 26 mm que contacta con un absceso a nivel de pararrectal medio que se continua con otro trayecto de 63 mm que desciende por fuera y detrás del esfínter. En la colonoscopia solo se visualizan divertículos en el sigma sin signos de enfermedad inflamatoria. La tomografía computarizada (TC) de abdomen concluye con la existencia de una fístula compleja supra y transelevadora secundaria a una perforación de un divertículo de sigma. Se decide realizar sigmoidectomía laparoscópica con cateterización profiláctica del uréter izquierdo donde se observa tejido inflamatorio de sigma con adherencias a asas de intestino delgado y parietocólico izquierdo que se pudieron movilizar. Durante la disección se visualiza fístula firme en cara anterior-lateral izquierda de sigma hacia espacio extraperitoneal. Tras imposibilidad de sección de la fístula por extensa fibrosis se decide conversión a cirugía abierta que nos permite realizar sigmoidectomía + fistulectomía.



Discusión: Existen pocos casos descritos en la literatura que asocien un episodio de diverticulitis con fístula colocutánea. La mayoría de los casos presentan clínica de dolor abdominal en la región flanco izquierdo, en nuestro caso el paciente acude por dolor anal secundario a fístula anal y al no presentar el paciente ninguna clínica abdominal el diagnóstico de la patología se retrasa hasta realizar alguna prueba de imagen, siendo el único caso descrito en la literatura sin clínica abdominal. A día de hoy no hay consenso de cómo abordar la intervención, la mayoría descritas son directamente a cirugía abierta mientras que las de por laparoscopia acaban convirtiendo a cirugía abierta por firmes adherencias e incapacidad de sección de fístula. Concluyen que es preciso una resección colónica asociado con anastomosis o ostomía de protección dependiendo de la inflamación encontrada.