

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

^c Hospital General Universitario de Alicante; Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lolapicardo2@gmail.com
(M.D. Picardo Gomendio).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.07.026>

0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Hallazgo sincrónico de un cuerpo extraño en colon y una fístula gastrocólica de etiología maligna



Synchronic finding of a foreign body in colon and a malignant gastrocolic fistula

Las fístulas gastrocólicas pueden tener numerosas etiologías, tanto benignas como malignas. Entre las entidades benignas están las úlceras pépticas, la pancreatitis aguda o crónica y la enfermedad de Crohn. En los países occidentales la etiología maligna más frecuente es el adenocarcinoma de colon, mientras que en los países orientales es el adenocarcinoma gástrico. La incidencia de una fístula maligna es muy baja: aparece solo el 0,3-0,4% de los pacientes operados por una neoplasia digestiva¹.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son vómitos fecaloideos, dolor abdominal, diarrea y pérdida de peso².

Presentamos el caso de una paciente de 80 años, con antecedentes de una colecistectomía y una hernia de hiato intervenida mediante funduplicatura posterior tipo Toupet. La paciente acudió ambulatoriamente a una colonoscopia para estudio de anemia microcítica, en la que se apreciaba, a 25 cm del margen anal, un cuerpo extraño alargado y enclavado por los 2 extremos (fragmento de hueso) con la mucosa circundante edematosa y eritematosa (fig. 1A). Este se extrajo en un segundo tiempo, 24 h después, mediante la utilización de una pinza de cuerpos extraños y se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal que mostraba una masa de 45 × 38 mm en contacto con curvatura mayor gástrica y ángulo esplénico del colon que sugería comunicación entre la luz de ambas estructuras (fig. 1B). Clínicamente la paciente refería dispepsia posprandial y anorexia, con pérdida de peso de 3 kg en 6 meses.

Se completó el estudio con una gastroscopia en la que se apreciaba en cuerpo gástrico una lesión de 3-4 cm con la zona central deprimida y bordes sobreelevados de aspecto inflamatorio, sugestiva de fístula (fig. 1C), con una ecoendoscopia en la que se apreciaba una masa sólida de 40 × 40 mm que abarcaba la pared gástrica y comunicaba con el colon y una nueva colonoscopia que mostraba, en ángulo esplénico, una mucosa con múltiples ulceraciones y una estenosis infranqueable (fig. 1D).

Las biopsias fueron compatibles con un adenocarcinoma moderadamente diferenciado de origen gástrico (estudio inmunohistoquímico CDX2 y CDX20 positivo, con CDX7 débilmente positivo).

Por tanto, la paciente presentaba de forma sincrónica un cuerpo extraño alojado en el sigma y una fístula gastrocólica maligna.

La detección de cuerpos extraños en colon es poco frecuente ya que estos, una vez lo han alcanzado, suelen ser expulsados de forma espontánea. Su diagnóstico suele estar relacionado con la aparición de alguna complicación, como una perforación intestinal o hemorragia digestiva³.

Por otra parte, la detección de fístulas gastrocólicas es excepcional. Estas, como en nuestra paciente, suelen comunicar la curvatura mayor gástrica con la mitad distal del colon transversal, ya que en este punto ambos órganos están separados únicamente por el omento gastrocólico².

Existen 2 hipótesis para explicar la formación de fístulas entre el aparato digestivo superior y el inferior. El tumor puede invadir el órgano contiguo a través del omento gastrocólico o provocar, secundariamente a una úlcera, una reacción inflamatoria peritoneal intensa que produzca la adherencia y posterior fistulización entre ambos órganos¹.

En cuanto a los métodos diagnósticos, incluyen TC abdominal, gastroscopia, colonoscopia o un tránsito baritado, procedimiento que es el de mayor sensibilidad (hasta un 90%). La gastroscopia y la colonoscopia son importantes, ya que permiten apreciar directamente la fístula y la toma de biopsias, pero, en casos de fístulas de pequeño tamaño, estas pueden pasar desapercibidas⁴.

El tratamiento suele ser quirúrgico, individualizando en cada paciente en función de la estadificación tumoral y las comorbilidades, aunque, si es posible se realiza una resección en bloque del área afectada con quimioterapia adyuvante asociada en algunos casos. Existen pocos datos acerca de la supervivencia a largo plazo de estos pacientes tras la cirugía⁴.

En el caso de nuestra paciente se indicó una resección en bloque. Sin embargo, durante la intervención quirúrgica se constató la irreseccabilidad del tumor, dado que infiltraba la raíz de los vasos mesentéricos, por lo que se decidió una cirugía paliativa consistente en una yeyunostomía de alimentación y una colostomía en colon ascendente. Tres meses después se produjo el fallecimiento de la paciente.

En conclusión, las fístulas gastrocólicas malignas son poco frecuentes. Su diagnóstico requiere de tomografía computarizada, colonoscopia y gastroscopia, y el tratamiento, cuando es posible, consiste en la resección en bloque del área afectada.

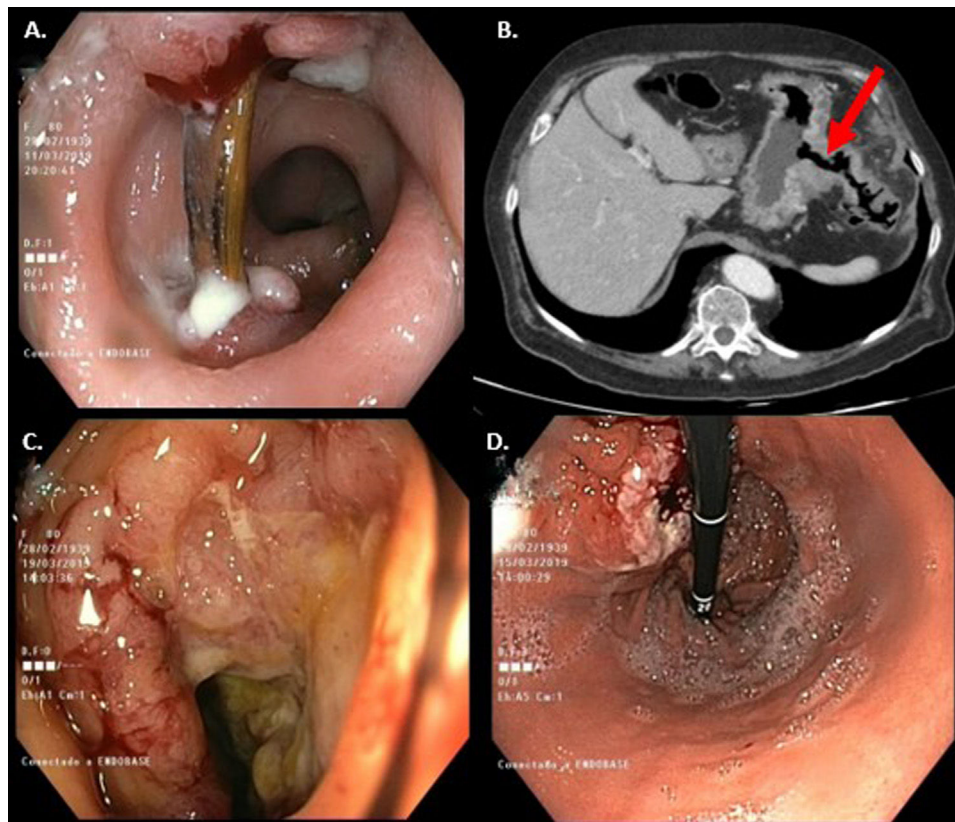


Figura 1 Imágenes endoscópicas y radiológicas del cuerpo extraño y la fistula gastrocólica A) Imagen del cuerpo extraño enclavado en sigma. B) TC: trayecto fistuloso (flecha) entre el cuerpo gástrico y el colon izquierdo. C) Ángulo esplénico con mucosa ulcerada y estenosis infranqueable. D) Lesión sobrelevada, de centro deprimido, sugestivo de la porción gástrica de la fistula gastrocólica.

Bibliografía

1. Zhoua B, Liba W. A case of gastrocolic fistula secondary to adenocarcinoma of the colon. *Int J Surg Case Rep*. 2015;15:46–9.
2. Harkin S, Ganadha S. Gastrocolic fistula: A rare sequela of colonic adenocarcinoma. *J Gastrointest Surg*. 2014;18:2230–1.
3. Ambe P, Weber SA, Schauer M, Knoefel WT. Swallowed foreign bodies in adults. *Dtsch Aerzteblatt Online*. 2012;109(Figure 2):869–76.
4. Chime C, Ravi M, Daniel M, Patel H, Balar B. Gastrocolic fistula: A rare presentation of colon cancer. *Case Rep Gastrointest Med*. 2018;2018:1–3.

^a Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^b Hospital San Jorge, Huesca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: kike_almajano@hotmail.com (E. Alfaro).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.07.013>
0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Enrique Alfaro^{a,*}, Viviana Laredo^a, Pablo Cañamares^b,
Daniel Abad^a, Gonzalo Hijos^a, Sandra García Mateo^a,
Raúl Velamazán^a, María Hernández^a, Nuria Saura^a
y Ángel Ferrandez^a