



Fístula gastrocólica por adenocarcinoma gástrico

Sr. Director:

Presentamos el caso de un varón de 75 años que consultó por un cuadro de 5 meses de pérdida de peso y dolores costales. En la exploración destacaban la palidez y una masa palpable dolorosa en el hipocondrio izquierdo. La analítica mostraba: hemoglobina 7,1 g/dl, albúmina 1,8 g/dl, antígeno CA 125 60,6 U/ml y valores bajos de hierro, proteínas y folato. La colonoscopia objetivó una neoplasia estenosante a 60 cm del margen anal y la gastroscopia, un tumor en la curvatura mayor, ulcerado, al que desembocaba una fístula que impedía el paso del endoscopio. Se realizó una tomografía computarizada (TC) en la que se distinguía una tumoración de cuerpo gástrico y curvatura mayor que afectaba al ángulo esplénico del colon; se apreciaba también una fístula gastrocólica (FGC) y el contraste oral pasaba directamente desde estómago hasta colon descendente (fig. 1).

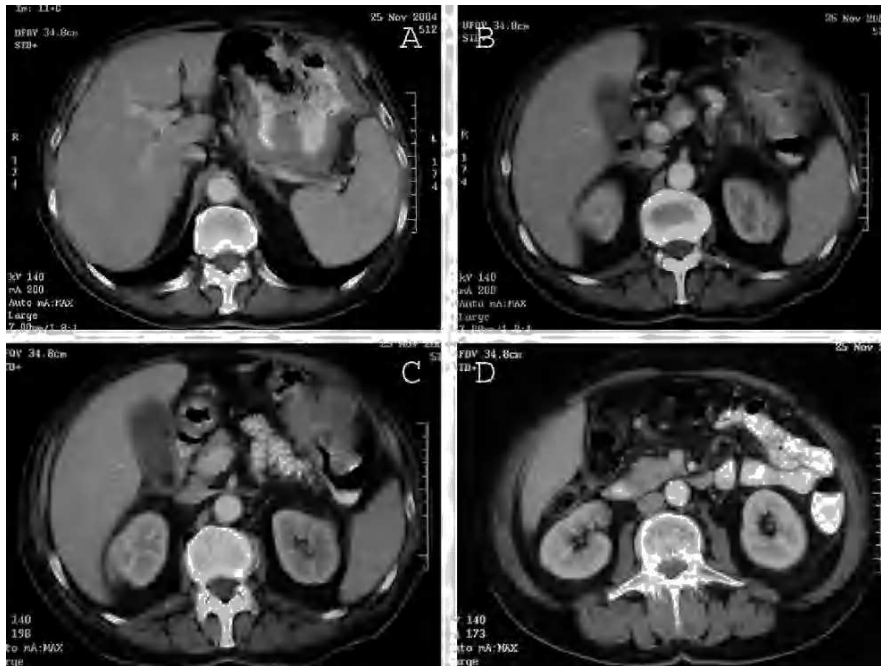


Fig. 1. Tomografía computarizada abdominopélvica. A: contraste en la cavidad gástrica, de pared engrosada e irregular. B: masa tumoral que protruye en el ángulo esplénico del colon. C: presencia de contraste oral y estenosis en el colon descendente. D: asas de intestino delgado y colon ascendente vacías, con contraste oral en el colon descendente.

La intervención puso de manifiesto una masa tumoral fija a la pared abdominal y al diafragma que englobaba el estómago y el colon transverso e infiltraba el páncreas. Se realizaron una gastrectomía total, una colectomía transversa e izquierda, una pancreatocetomía colocolocáuda, una esplenectomía y una anastomosis esófago-yeyunal y colocolica. El estudio anatomopatológico identificó un adenocarcinoma difuso indiferenciado que sobrepasaba la pared gástrica e infiltraba el colon transverso, produciendo una FGC.

Varias son las causas demostradas de FGC: úlceras pépticas crónicas, enfermedad de Crohn, traumatismos, pancreatitis o diverticulitis^{1,2}. Las de origen maligno se han descrito con menos frecuencia¹ y se desarrollan por la extensión del tumor desde la serosa de una víscera hasta la pared de otra, gracias al factor de necrosis tumoral alfa, con necrosis intratumoral, hasta que las luces de ambas se conectan^{1,3}.

El principal síntoma descrito de una FGC neoplásica es el dolor (el 64% de los casos⁴), seguido de la pérdida de peso, la desnutrición, la diarrea y los vómitos^{1,5}. La TC es una herramienta altamente sensible y específica para diagnosticarla, ya que permite detectar el paso de contraste oral directamente desde el estómago hasta el colon⁴. Su tratamiento casi invariablemente incluye la cirugía con resección multivisceral, en general con intención paliativa para eludir la desnutrición y evitar posibles complicaciones infecciosas, hemorrágicas de estenosis o de perforación.

José Ignacio Martín-Serradilla^a, Alfredo Alonso-Poza^b, Rosa Eva Madrugal^c, Jesús Simal^d y Alvaro del Moral^b

^aServicio de Medicina Interna. Hospital General de Palencia
Río Carrión. Palencia.

^bServicio de Cirugía. Hospital General de Palencia
Río Carrión. Palencia.

^cSección de Digestivo. Hospital General de Palencia
Río Carrión. Palencia.

^dServicio de Radiodiagnóstico. Hospital General de Palencia
Río Carrión. Palencia. España.

Bibliografía

- Choi SW, Yang JM, Kim SS, Kang SH, Ro HJ, Song KS, et al. A case of combined gastrojejunal and gastrocolic fistula secondary to gastric cancer. *J Korean Med Sci.* 1996;11:437-9.
- Sulbaran F, Andrade A, Sulbaran M, Rincón D. Fistula gastrocolica. Diagnóstico por endoscopia. *GEN.* 1994;48:45-9.
- Bouma G, Poen AC, García-González MA, Schreuder GM, Felt-Bersma RJ, Meuwisse SG, et al. HLA-DRB1*03, but not the TNFA-308 promoter gene polymorphism, confer protection against fistulising Crohn's disease. *Immunogenetics.* 1998;47:451-5.
- Matsuo S, Eto T, Ohara O, Miyazaki J, Tsunoda T, Kanematsu T. Gastrocolic fistula originating from transverse colon cancer: report of a case and review of the Japanese literature. *Surg Today.* 1994;24:1085-9.
- Braghetto I, Parada H, Csendes A, Ubilla R. Fístula gastrocolica de origen neoplásico. *Arch Gastroenterol.* 1984;21:119-24.