

Hospital Universitario «Comandante Manuel Fajardo»
Ciudad de La Habana

IMAGEN RADIOLÓGICA DE PSEUDOCOLON DERECHO. REPORTE DE 1 CASO

Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo,¹ Dr. Carlos Romero Díaz,² Dr. Alexis Cantero Ronquillo,² Dr. Luis Manuel Martín Gil³ y Dr. Juan Carlos Barreras Ortega³

RESUMEN

Se reporta una paciente de 24 años de edad, con antecedentes de apendicectomía, que meses después presentó cuadros de fiebre que desaparecen con diarreas profusas. El diagnóstico radiológico y quirúrgico confirmó la presencia de una fístula colónica interna con la confirmación de un pseudocolon derecho a expensas del parietocólico derecho. El tratamiento curativo incluyó la resección del segmento de colon afectado con drenaje y curetaje del parietocólico.

DeCS: ENFERMEDADES DEL COLON/cirugía; ENFERMEDADES DEL COLON/radiología; FISTULA INTESTINAL/cirugía; FISTULA INTESTINAL/radiología; APENDICECTOMIA; PERITONITIS; CIRUGIA COLORRECTAL

Las fístulas intestinales son frecuentes en la enfermedad de Crohn, ya sean ileocecales, ileosigmoideas, cologástricas, coloyeyunales, o colóclicas, y representan el 33 % de sus complicaciones.^{1,2} Pueden presentarse fístulas colóclicas internas con menor frecuencia en enfermedades como colitis ulcerativa, diverticulitis del sigmoides,³⁻⁵ tumores malignos de recto-sigmoides y lesiones del intestino por

radiaciones, fundamentalmente a uréter y vejiga, o externa al drenar hacia la vagina.

Es excepcional la presencia de un trayecto fistuloso del colon hacia el parietocólico derecho, donde el paciente mantiene períodos de tiempo asintomático a pesar de la lesión interna, que alternan con crisis sintomática y significativo el posible factor causal (drenaje abdominal por sonda).

¹ Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar.

² Especialista de I Grado en Cirugía. Asistente.

³ Especialista de I Grado en Cirugía

REPORTE DEL CASO

Paciente femenina de 22 años de edad, la cual había sido operada en enero de 1995 en otro centro hospitalario según información verbal, por apendicitis aguda perforada con peritonitis; en éste se le realizó apendicectomía, y se le dejó drenaje en flanco derecho. Meses después presenta períodos de 4 a 5 días con fiebre alta de 38 a 39 °C, toma del estado general que no cede con el uso de antibióticos y todos los síntomas desaparecen después de diarreas copiosas. Este cuadro clínico se repite cada 2 ó 3 meses. Llega a nuestro hospital en un período asintomático. Al observarla muestra cicatriz paramedia derecha infraumbilical y otra pequeña de 1 cm en flanco derecho, secuela de la sonda de drenaje, que según se refiere, en ocasiones ha salido un material blanquecino por este orificio.

En el estudio contrastado de colon combinado con tránsito intestinal (fig.), observamos un trayecto fistuloso que se extiende desde el colon derecho próximo al ángulo hepático hacia el parietocólico derecho, y este último se llena de contraste con una formación parecida al colon derecho.

Es operada el 11 de diciembre del 1995 y se confirma el diagnóstico de fístula colónica interna que se une al colon y forma un bolsón parietocólico; se reseca el trayecto y se realiza legrado del parietocólico.

La paciente desde hace 2 años presenta una evolución satisfactoria y asintomática.

SUMMARY

A 24-year old patient with history of appendectomy that some months later had episodes of fever that disappear with profuse diarrheas is presented. The radiologic and surgical diagnosis proved the presence of a colonic



FIG. Obsérvese el trayecto fistuloso y su unión entre el colon y el parietocólico.

La biopsia B922637 confirmó el trayecto fistuloso unido al fragmento de colon. No se halló mucosa de colon en el material legrado en el parietocólico derecho.

COMENTARIOS

En esta enferma la explicación que encontramos a sus síntomas es que el parietocólico actuaba como un reservorio artificial, y se manifestaba al estar ocupado por: dolor, molestias generales y fiebre; al evacuarse su contenido en el colon se originaban las diarreas abruptas y la fiebre desaparecía para continuar asintomática mientras persistiera vacía la cavidad de neoformación, en comunicación con el colon por una fístula estrecha posiblemente valvular. Las características de esta paciente nos decidió por la comunicación por no haber hallado nada similar en la literatura médica.

internal fistula with the confirmation of a right pseudocolon at the expense of the right parietocolic. The curative treatment included the resection of the affected colon segment with drainage and curettage of the right parietocolic.

Subject headings: COLON DISEASES/radiology; INTESTINAL FISTULA/surgery; INTESTINAL FISTULA/radiology; APPENDECTOMY; PERITONITIS; COLORECTAL SURGERY.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Greenstein AJ. The surgery of Crohn´s disease. *Surgical Clinics of North América* 1987;67(7):573-96.
2. Farmer RG, Hawk WA, Tumbull RB. Indication for surgery in Crohn´s disease. Analysis of 500 cases. *Gastroenterology* 1975;71:245-50.
3. Clotzer DJ, Silen W. Indication for operation in inflammatory bowel disease. En: Kirsner JB, Shorter RG (eds.) *inflammatory bowel disease*. Philadelphia: Lea and Febiger, 1980:488-517.
4. Graham JA. Conservative treatment of gastrointestinal fistula. *Surg Ginecol Obstet* 1997;144:512-14.
5. Pembenton HJ. Surgery for ulcerative colitis. *Surgical Clinics of North América* 1987;67(7):633-51.

Recibido: 7 de febrero de 2000. Aprobado: 27 de abril de 2000.

Dr. *Orestes Noel Mederos Curbelo*. Hospital Universitario "Comandante Manuel Fajardo", Zapata y D, Vedado, municipio Plaza de la Revolución, Ciudad de La Habana, Cuba.