

Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso"

Fístula colovaginal en una anciana con enfermedad diverticular complicada

Colovaginal fistula in an elderly woman with complicated diverticular disease

Dr. Daniel Carbonell Delgado, ¹ Dra. Georgina Castellanos Sierra, ² Dr. Isaac Polo Kesser ³ y Dr. Elicio Reyes Martí ²

Resumen

Se presenta el caso clínico de una anciana con fístula colovaginal consecutiva a enfermedad diverticular complicada, intervenida quirúrgicamente por los autores para realizarle una fistulotomía seguida de sigmoidectomía del segmento dañado, con anastomosis terminoterminal y cierre del orificio de la cúpula vaginal, que garantizó una favorable evolución posoperatoria.

Descriptores: FÍSTULA VAGINAL; FÍSTULA VAGINAL/diagnóstico; FÍSTULA VAGINAL/ultrasonografía; FÍSTULA VAGINAL /etiología; FÍSTULA VAGINAL/cirugía; HISTERECTOMÍA; COLON/patología; COLECTOMÍA; COLON SIGMOIDE/cirugía; ANASTOMOSIS QUIRÚRGICA

Límites: HUMANO; HUMANO FEMENINO, ANCIANO

Abstract

The clinical case of an elderly woman with colovaginal fistula after a complicated diverticular disease is reported, who was operated by the authors with the purpose of performing fistulotomy followed by sigmoidectomy of the damaged segment with termino-terminal anastomosis and closing of vaginal vault hole, warranting a favorable postoperative course.

Subject heading: VAGINAL FISTULA; VAGINAL FISTULA/diagnosis; VAGINAL FISTULA/ultrasonography; VAGINAL FISTULA/etiology; VAGINAL FISTULA/surgery; HYSTERECTOMY; COLON/pathology; COLECTOMY; COLON, SIGMOID/surgery; ANASTOMOSIS, SURGICAL

Limits: HUMAN; HUMAN FEMALE, AGED

La enfermedad diverticular está resultando cada vez más frecuente en Cuba; sin embargo, el aumento de su prevalencia en los países occidentales ^{1,2} se pone de relieve al conocer que existen divertículos de colon en un tercio de la población de más de 45 años y hasta en dos tercios de la mayor de 85.

Actualmente se sabe que la diverticulitis es simple en 75 % de los casos (sin complicaciones) y complicada en los restantes (con abscesos, fístulas, obstrucción, peritonitis y sepsis). ³⁻⁵

En la bibliografía sobre el tema se informa que las fístulas ocurren en 2 % de las personas con enfermedad diverticular complicada, debido a un proceso inflamatorio local, asociado a un absceso que se descomprime espontáneamente, perfora las vísceras adyacentes o se manifiesta a través de la piel. Habitualmente se produce un único episodio, pero puede haber más en 8 % de los pacientes.

Las fístulas son más comunes en las mujeres que en los hombres (2:1), así como en los pacientes con antecedentes de operación abdominal y en los inmunodeprimidos.¹

Se plantea que 65 % de las fístulas relacionadas con la enfermedad diverticular son colovesicales y 25 % colovaginales.^{1, 2}

Caso clínico

Se describe el caso clínico de una paciente de 66 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus de tipo 2, úlcera gástrica, histerectomía por mioma uterino y colopatía diverticular de la última porción de colon izquierdo, diagnosticada en el estudio preoperatorio, que fue ingresada por presentar secreciones vaginales fecaloideas desde hacía 2 meses.

Los resultados del reconocimiento físico general fueron normales. El tacto rectal no ofreció datos patológicos de interés, pero el vaginal reveló secreciones fecaloideas y una lesión granulomatosa en la cúpula vaginal. La especuloscopia permitió ver esas secreciones y el orificio secundario de la cúpula vaginal. Los exámenes complementarios no mostraron irregularidades, pero el enema baritado puso al descubierto una estenosis sigmoidea moderada, con múltiples divertículos y una fístula colovaginal; en la ecografía transvaginal se observó una imagen fistulosa colovaginal (**figuras 1 y 2**).

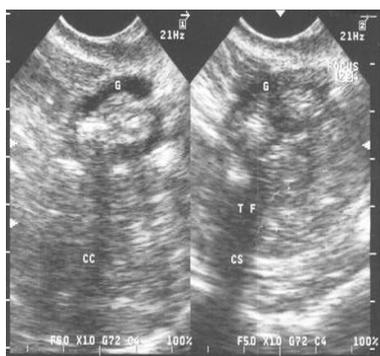


Figura 1. *Estenosis sigmoidea moderada, con múltiples imágenes diverticulares*



Figura 2. *Imagen fistulosa colovaginal, vista mediante la ecografía transvaginal*

La paciente fue operada de forma electiva, previa preparación prolongada de colon y vagina.

Se realizaron fistulotomía y sigmoidectomía, con reconstrucción primaria del tránsito intestinal, mediante anastomosis colocólica terminoterminal, sutura en 2 planos y cierre del orificio secundario de la cúpula vaginal, con sutura invaginante en un plano (**figura 3**).

La paciente evolucionó satisfactoriamente y egresó a los 9 días de la intervención. En el seguimiento posoperatorio, durante 18 meses, no hubo recurrencias.

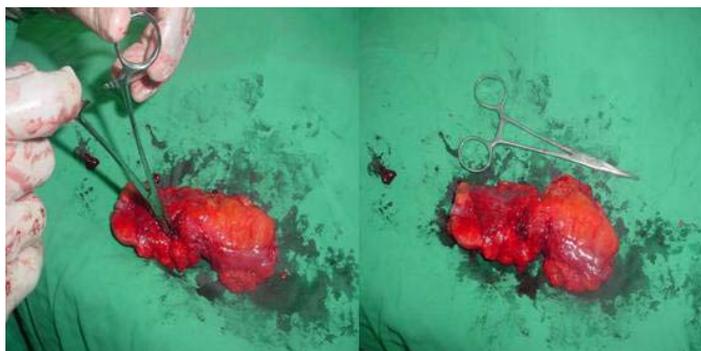


Figura 3. *Fistulotomía y sigmoidectomía*

Comentarios

Entre las indicaciones para la intervención quirúrgica electiva, un porcentaje importante lo constituyen las perforaciones diverticulares, incluidas las fístulas, como una manifestación tardía de estas.^{6,7} La incidencia de las fístulas diverticulares varía mundialmente entre 12 - 20 %, con primacía de las colovesicales.^{8, 9}

La fístula cologenital ocurre excepcionalmente. Según Barrera,¹ 80 % de ellas corresponden a las colovaginales, asociadas en 50 % a la histerectomía, previo a la aparición de síntomas atribuidos a la fístula, como en el caso descrito.

De hecho, la ausencia de útero podría facilitar la aparición de este tipo de fístulas, ya que el sigmoide se apoya directamente sobre la cúpula vaginal, lo que en presencia de una perforación diverticular en dicha zona, predispondría al drenaje espontáneo de una colección a través de la vagina. Las manifestaciones clínicas más comunes están dadas por la pérdida de secreciones genitales -- en ocasiones de evidentes deposiciones --, acompañadas de salida de gases vaginales.

En esta paciente no se pudieron demostrar los antecedentes patológicos de diverticulitis como en otros estudios.¹ En el examen físico se comprobó la ausencia de útero y en el vaginal la existencia de la fístula en el ápex de la cúpula vaginal, lo que no ocurre en las fístulas rectovaginales, ubicadas en posición más baja, en el tabique del mismo nombre. Ocasionalmente esta resulta tan pequeña que no se aprecia macroscópicamente y solo puede observarse una zona de tejido de granulación en la parte correspondiente, como ocurrió en esta anciana. No suele palparse una masa en relación con el sigmoide, pues ello es más común cuando se trata de fístulas colotubarias o coloováricas.²

La presencia de útero no evita esta complicación, pero las características clínicas son algo distintas. La ubicación de la fístula habitualmente se dificulta por su tamaño, por lo general pequeño, y por la presión que se debe ejercer para lograr el pasaje de bario a través de su trayecto.¹⁰

En este caso, el diagnóstico fue certero por lo visualizado a través del enema baritado y la ecografía, aunque algunos autores¹⁰ han propuesto el vaginograma con contraste hidrosoluble. Los estudios con colorantes, como el azul de metileno, pueden ser utilizados por vía oral; sin embargo, aunque muestran la salida de estos por la vagina, no determinan el segmento del tubo digestivo afectado.⁸ En sentido general, las endoscopias son inadecuadas para diagnosticar estas fístulas, aunque combinadas con vaginoscopia llegan a ser útiles, si bien su realización resulta engorrosa.¹⁰

Con respecto al tratamiento, es incuestionable que en los casos en que la enfermedad diverticular está complicada con una fístula, hay que operar.³⁻⁵ La mayoría de los investigadores^{3,9} opina que lo indicado es la resección del sigmoide hasta el promontorio de la porción distal y proximalmente en un colon sin la pared inflamada, aunque haya divertículos en ella, seguida de una anastomosis primaria.^{3,9} Esta resección incluye el segmento donde se encuentra la fístula, lo que permite su tratamiento definitivo. Otras alternativas de reparación, como el acceso por vía vaginal, al no remover el foco de origen de la fístula, están destinadas al fracaso.¹⁰

Referencias bibliográficas

1. Barrera E. Fístula colovaginal secundaria a enfermedad diverticular complicada. Rev Chil Cir 2004; 56(5): 490-4.
2. Murphy T, Hunt RH, Fried M, Krabshuis JH. Guías de práctica de la WGO-OMGE: enfermedad diverticular <http://omge.org/globalguidelines/guide07/g_data7_es.htm.2006>[consulta:22 diciembre 2007].
3. Uribe S, Bannura G, Contreras J, Portalier P, Sabat J. Cirugía resectiva electiva de la enfermedad diverticular del colon. Rev Chil Cir 1996; 48(2): 179-83.
4. Jensen C, Garrido R, Bocic G, Abedrapo M, Cuneo A, Cáceres M. Enfermedad diverticular fistulizada. Rev Chil Cir 2002; 54(2): 10-4.
5. Tancer ML, Veridiano NP. Genital fistulas secondary to diverticular disease of the colon: a review. Obstet Gynecol Surg 1996; 51: 67-73.
6. Bottinelli A, López F, Rahmer A, Zúñiga A. Enfermedad diverticular del colon, indicaciones y resultados del tratamiento quirúrgico electivo. Rev Med Chile 1990; 118: 1206-10.
7. Vasilevsky CA, Belliveau P, Trudel JL, Stein BL, Gordon PH. Fistulas complicating diverticulitis. Int J Colorectal Dis 1998; 13(2): 57-60.
8. Huettner K, Finkler NJ, Welch WR. Colouterine fistula complicating diverticulitis charcoal challenge test aids in diagnosis. Obstet Gynecol 1992; 80: 550-2.
9. Adams DB, Perry TG. Tandem colovaginoscopy in the diagnosis of colovaginal fistula. Dis Colon Rectum 1988; 31: 353-4.
10. Livengood CH. Colovaginal fistula. Report of a case with failure of transvaginal repair. J Reprod Med 1996; 4: 291-3.

Dr. Daniel Carbonell Delgado. Hospital Provincial Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany". Punta Blanca s/n, Santiago de Cuba, Cuba
Dirección electrónica: mastrapasuares@yahoo.es

- ¹ **Especialista de I Grado en Coloproctología**
Hospital Provincial Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba
- ² **Especialista de I Grado en Coloproctología. Instructor**
Hospital General Docente " Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba
- ³ **Especialista de II Grado en Coloproctología. Profesor Asistente**
Hospital General Docente " Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba

Recibido: 26 de junio del 2008
Aprobado: 22 de febrero del 2009

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Carbonell Delgado D, Castellanos Sierra G, Polo Kesser I, Reyes Martí E. Fístula colovaginal en una anciana con enfermedad diverticular complicada [artículo en línea]. MEDISAN 2009;13(6)<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san18609.htm>[consulta: día/mes/año].