



FISTULAS INTESTINO GRUESO

**AUTORES: INTERNA. FRANCISCA ROJO MEDINA
PROF.DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNANDEZ
DEPTO DE CIRUGIA SUR
FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE**

Introducción

Esta revisión bibliográfica busca recoger y sistematizar los aspectos clínicos relevantes de las fistulas de intestino grueso.

Material y métodos

Esta revisión bibliográfica recoge 7 publicaciones nacionales e internacionales de buscadores como PubMed, Lilacs y Uptodate; publicadas entre los años 2009 a 2022. Haciendo uso de palabras claves como fistula, enterocutánea, entérica, colónica, colovesical, rectovaginal y rectouretral. La revisión fue individual y virtual.

Debido a que en la bibliografía las fistulas enterocutáneas abarcan el compromiso de esófago, estómago, e intestino delgado, se ha privilegiado la revisión de fistulas exclusivamente de intestino grueso para esta revisión.

Definiciones

Una fístula es una conexión anormal entre dos superficies epitelizadas (Schechter, 2009). El intestino grueso comprende desde íleon distal hasta recto, subdividiéndose en ciego, colon (ascendente, transverso y descendente) y recto (Chang, 2010).

Enterocutánea (FEC): Comunicación anormal entre el lumen intestinal y la piel (Ghimire, 2022).

Colovesical (FCV): comunicación anormal entre el colon y la vejiga (Strickland, 2021).

Rectovaginal (FRV): comunicación anómala entre el recto — ano y vagina a través del tabique Rectovaginal (Parajó, 2022)

Rectouretral (FRU): trayecto no anatómico entre la uretra (desde el cuello hasta porción prostática) y el recto (Parajó, 2022).

Resultados

Epidemiología

No existen cifras nacionales de la incidencia de fistulas de intestino grueso. No obstante, la literatura internacional muestra que la incidencia de fistulas postoperatorios de intestino delgado y grueso es baja, alrededor de un 1 a 5% de las intervenciones abdominales, pero presentan un alto riesgo de mortalidad (16 a 54%) (Rappoport, 2019).

La incidencia de fistulas colovesicales es desconocida, pero se cree constituyen 1 de cada 3000 admisiones quirúrgicas en hospitales de Estados Unidos (Strickland, 2021). Son más

frecuentes en hombres (2-3:1). Más del 50% de las mujeres portadoras de FCV fueron sometidas previamente a una histerectomía.

Entre los documentos seleccionados para esta revisión no fue posible encontrar cifras epidemiológicas en torno a las fistulas rectovaginal y rectouretrales.

Etiología

Entre las principales etiologías de la FEC se encuentra postoperatorias (fugas anastomóticas o enterotomía olvidada), espontáneas (recordable mediante la nemotecnia anglosajona FRIEND; cuerpo extraño, radiación, inflamación, infección, epitelización, neoplasia y obstrucción distal) (Stein, 2021).

Las FCV surgen como complicaciones de la enfermedad diverticular complicada (65-79,5%) cáncer colorectal (10-20), enfermedad de Crohn (5-7%) (Strickland, 2021).

En orden decreciente, las FRV se originan de traumas obstétricos (desgarros perineales de tercer y cuarto grado, instrumentalización del parto, etc), traumas no obstétricos (coito, pesarios), infección criptoglandular, enfermedad inflamatoria intestinal (EII), iatrogénicas (cirugía ginecológica o colorrectal), radioterapia, neoplasia maligna (ginecológica o digestiva), endometriosis de tabique rectovaginal, entre otras.

En contraste, las FRU se originan principalmente por radioterapia pélvica tanto externa como braquiterapia, iatrogénicas como la prostatectomía por cáncer de próstata (85% del total), trauma uretral y en menor proporción EII y neoplasias (Parajó, 2022).

Clasificación

Las FEC se clasifican según su origen, etiología, y débito (Ghimire, 2022). La FRV se clasifica según su tamaño, localización y complejidad (Parajó, 2022).

Fistulas enterocutaneas	
Origen	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo I: Abdominal, esofágica y gastroduodenal • Tipo II: intestino delgado • Tipo III_ Intestino grueso • Tipo IV: entero atmosféricas (asas intestinales al aire)
Débito	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo (<200 cc/24 horas) • Medio (200— 500 cc/24 horas) • Alto (>500 cc/24 horas)
Largo	<ul style="list-style-type: none"> • Corta: menor a 2 cm. • Larga: mayor a 2 cm.
Con o sin presencia de complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Colección intraabdominal • obstrucción a distal.

Fistula Rectovaginal	
Tamaño	Pequeña: menor a 0.5 cm Mediana entre 0.5-2.5 cm Grande: Mayor a 2.5 cm
Localización	Altas próximo al cuello uterino Medias: Entre el cuello y el vestíbulo Baja: Dentro del vestíbulo vaginal
Complejidad	Simples: baja, pequeña o mediana, secundaria a trauma o infección. Complejas: altas, grandes, asociadas a EII, radioterapia o tumores Recidivadas

Presentación Clínica

Se ve ampliamente influenciada por la causa y las características anatómicas de la fístula.

Una FEC se presentará en el postoperatorio mediato como una salida de contenido intestinal al exterior ya sea por medio de un drenaje dejado como testigo o a través de la herida operatoria.

En casos graves es posible manifestarse como un cuadro séptico, con compromiso del estado general, taquicardia, hipotensión, fiebre; entre otros (Rappoport, 2019).

Las FCV destacan síntomas como neumaturia, fecaluria, dolor suprapúbico y síntomas de tracto urinario inferior. Estos síntomas también pueden presentarse en las FRU con la salvedad de que si el trayecto fistuloso se encuentra distal al esfínter urinario, los síntomas se presentarán principalmente durante la micción (Parajó, 2022).

Las FRV se manifiestan por medio de la expulsión de gases y/o heces por la vagina. No confundir con la incontinencia defecatoria presente hasta en un 50% de los casos de forma sincrónica.

La presencia de deposiciones en el tracto genitourinario aumenta la incidencia de secreción vaginal de mal olor, vaginitis, infecciones urinarias recurrentes, dolor perineal y dispareunia.

Al examen físico debe realizarse un examen general y segmentario completo, evaluando por sobretodo estado de hidratación, perfusión, masas abdominales y signos de irritación perineal; estado del esfínter anal y tacto vaginal (palpando tabique rectovaginal) y estado de la mucosa genital (vulva) cuando corresponda.

Exploración Complementaria

Se debe complementar el estudio con exámenes de laboratorio con el objetivo de evaluar el estado inflamatorio, función renal, estado ácido base y de medio interno; y estado nutricional en casos selectos (FEC colónicas proximal). Orina completa y urocultivo en caso de compromiso genitourinario.

Estudios imagenológicos como la fistulografía, TAC de abdomen y pelvis contrastado por vía oral o rectal, enema teñido con azul de metileno, ecografía endoanal, colonoscopia, cistoscopías, RNM de partes blandas de pelvis según la anatomía de la fístula. Por otro lado, exámenes como el test de semillas de amapola y enemas baritados se usan con cada vez menos frecuencia debido a su baja sensibilidad y/o incapacidad para proveer información adicional con el fin de planificar una potencial cirugía.

Diagnostico

La sospecha es clínica y son necesarios estudios complementarios (radiológicos y/o endoscópicos) para confirmar y caracterizar la fístula.

Tratamiento

En el manejo de las FEC hay al menos 2 fases, una inicial de compensación y una segunda de recuperación (Rappoport, 2019). Los cuales definen diferentes objetivos y medidas (Schechter, 2009).

- Tratamiento Agudo (0- 7 días):

- Medidas de soporte

- Manejo nutricional: reposo digestivo, régimen cero y uso de sonda nasogástrica. Un adecuado aporte nutricional contribuye al cierre espontáneo de la FEC entre otras.

- Manejo de la sepsis: antibioticoterapia endovenosa empírica ajustada por cultivos y evolución clínica.

- Manejo hidroelectrolítico: compensar las pérdidas patológicas según el débito de la fístula, entre más proximal sea más relevante se vuelve la suplementación de Zinc. Como esta revisión de enfoca en fistulas de intestino grueso no se ahondará en estos trastornos.

- Cuidados de la piel: receptáculos y lavado mecánico con solución fisiológica.

• Tratamiento crónico (7 días a 12 meses): fuera de riesgo vital, se busca evitar las complicaciones derivadas de los trastornos nutricionales e hidroelectrolíticos teniendo esta fuerte influencia en el cierre espontáneo de la fístula.

• Tratamiento definitivo: Se sugiere esperar de 3 a 6 meses para reducir el proceso inflamatorio local y sistémico, además de mejorar las complicaciones nutricionales y de medio interno ya mencionadas.

El cierre espontáneo de las fistulas entero cutáneas ocurre entre un 15 - 71% (Schechter,

2009). En contraste, el tratamiento definitivo de fistulas colovesicales, rectovaginales y rectouretrales son fundamentalmente quirúrgicas. Previo a una cirugía electiva, es necesario diagnosticar y manejar infecciones de tracto urinario con antibióticos y/o sistemas de derivación urinaria transitoria o permanente. En presencia de factores de riesgo para recurrencia de las fistulas, se opta por cirugías planificadas en 2 o 3 etapas (resección de la fístula, anastomosis, colostomía protectora y reconstitución colónica posterior).

Conclusiones

Las fistulas de intestino grueso son un conjunto de patologías de baja frecuencia tanto a nivel nacional como internacional; presentándose principalmente en contextos postoperatorios u oncológicos (cáncer colorrectal, urológico y ginecológico) tratados con cirugía y/o radiación. Por lo cual, es relevante que el médico y cirujano general conozcan esta patología, ya que impacta fuertemente al enfermo las esferas físicas (alto riesgo de infección urinaria), emocional y social.

Además, he de mencionar que, en la práctica, la literatura en torno a las “fistulas enterocutáneas” abordan principalmente aquellas que comprometen duodeno, yeyuno e íleon; excluyendo a aquellas que comunican el intestino grueso con la piel. Considerando las amplias diferencias en la fisiopatología y el manejo, es relevante generar más y mejores documentos que aborden esta patología.

Además, he de mencionar que, en la práctica, la literatura en torno a las “fistulas enterocutáneas” abordan principalmente aquellas que comprometen duodeno, yeyuno e íleon; excluyendo a aquellas que comunican el intestino grueso con la piel. Considerando las amplias diferencias en la fisiopatología y el manejo, es relevante generar más y mejores documentos que aborden esta patología.

Bibliografía

1. Chang, G., Shelton, A. y Welton, M. (2010). Intestino grueso. En: G. Doherty, ed., *Current Diagnosis and Treatment Surgery*, 13th ed. Colditz, G., C
2. Ghimire, P. (2022). Management of Enterocutaneous Fistula: A Review. *Journal of Nepal Medical Association*, 60(245), 93—100. <https://doi.org/10.31729/jnma.5780>.
3. Pajaró C. A., Aldrey, C. I. (2022). Fístula rectovaginal y rectouretral. Diploma de especialización en bases de la cirugía coloproctológica. Modulo 6, 1- 9.
4. Rappoport J. (2019). *Fistulas entéricas*. Santiago de Chile: Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
5. Schechter, W. P., Hirshberg, A., Chang, D. S., Harris, H. W., Napolitano, L. M., Wexner, S. D., & Dudrick, S. J. (2009). Enteric fistulas: principles of management. *Journal of the American College of Surgeons*, 209(4), 484—491.
6. Stein, S. (2020). Enterocutaneous and enteroatmospheric fistulas. UpToDate. Consultado el 21 de agosto de 2022. Disponible en: <https://www.uptodate.com.uchile.idm.oclc.org/contents/enterocutaneous-and-enteroatmosphericfistulas?search=fistulas%20entericas%20&source=search>
7. Strickland, M., Burnstein, M., Cohen, Z., (2021) Colovesical fistulas. UpToDate. Consultado el 21 de agosto de 2022. Disponible en: