

FISTULAS GASTROCOLICAS  
REPORTE DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA

Saúl Dorfman Gemer y Jairo Chacín Avila\*

RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer de 45 años de edad, con cuadro clínico de hematemesis, melena, dolor abdominal, pérdida de peso, diarreas frecuentes, y trastornos electrolíticos y nutricionales de moderada gravedad.

Durante su hospitalización se practicaron estudios complementarios que incluyeron el enema baritado y la ingestión de bario, los cuales revelaron la presencia de una fístula gastrocólica de etiología ulcerosa, confirmada por el estudio anatomopatológico.

Se hace una revisión de la literatura médica al respecto, haciendo consideraciones sobre la clínica, estudios complementarios y tratamiento.

INTRODUCCION

En 1775, Haller (citado por Busien y Tyson (3)), publicó el primer caso de un paciente con una fístula gastrocólica. A partir de esa fecha, diferentes autores han reportado pacientes con la patología mencionada: Murchison en 1857, Bee en 1897 y Voorhoeve en 1912 (citados por Smith y Dockerty (21)). En 1903, Czerny (citado por Marshall y Knud-Hansen (15)), describe un caso de un paciente que presentaba una fístula gastro-

---

\* Departamento de Cirugía, Hospital de Chiquinquirá. Maracaibo, Venezuela.

yeyunocólica. Marshall y Knud-Hansen (15) en 1957 y Pérez-Jiménez (18) en 1973, han revisado la literatura médica y reportado casos de la patología señalada.

La incidencia de las fístulas gastrocómicas es rara cuando se le compara con la incidencia de las fístulas gastroyeyunocómicas, que se presentan como una complicación de la úlcera de la boca anastomótica que se perfora al colon adyacente (7). Siendo la gastroenterostomía el método operatorio más difundido y que, además, produce con más frecuencia la recidiva del cuadro ulceroso, es lógico pensar que la fístula gastroyeyunocólica tenga una incidencia más alta que la fístula gastrocólica (15-18).

La frecuencia de las fístulas gastrocómicas varía según la causa: es más frecuente la de etiología tumoral, y se presenta más raramente la debida a causa ulcerosa. Para el año 1973, Pérez-Jiménez (18) en su revisión, encuentra que hay reportados aproximadamente 200 casos en la literatura mundial. Lorenz y Beal (13) para el año 1968, encuentran publicados 168 casos de fístulas de etiología maligna. Dentro de éstas, la más frecuente es el carcinoma de colon (6-12), que produce infiltración vecina y marcada reacción inflamatoria que favorece la perforación (16). Marshall y Knud-Hansen (15) encontraron 11 casos de fístulas en 3200 casos de carcinoma de colon, y en 1500 casos de carcinoma de estómago.

Siendo la patología ulcerosa una afección frecuente, la incidencia de fístulas atribuibles a esta causa son raras; en su revisión, Ger, Adler y Bernstein (8), encontraron que para 1968 habían 38 casos publicados en la literatura médica. La incidencia de las fístulas gastrocómicas antes de la era esteroidea era del 2-4%, aumentando al comprobarse que los esteroides producen alteraciones en la mucosa del colon en pacientes artríticos que negaban sintomatología gastrointestinal (2). Además, se apreció una disminución de la incidencia cuando hace su aparición la vaguectomía con resección amplia del estómago, en el tratamiento de la úlcera gástrica (2, 5). Otras causas de fístulas gastrocómicas son: colitis crónica ulcerativa, enteritis regional, tuberculosis intestinal, divertículo perforado de colon, abscesos pancreáticos, trauma, e ingestión de corticoides (1, 2, 4, 5, 9, 10).

No conocemos de ningún reporte hecho en Venezuela sobre este problema.

### **Presentación del caso.**

Paciente de 45 años de edad, sexo femenino, raza blanca, que ingresó al Hospital de Chiquinquirá de Maracaibo el 1° de agosto de 1976, con

historia de hematemesis, melena, dolor abdominal, diarreas frecuentes desde hace muchos meses, pérdida de peso y anorexia. Hace siete años fué hospitalizada en otro centro asistencial con diagnóstico de carcinoma gástrico, realizado por radiología; sin tratamiento ni controles posteriores. Hábitos al cigarrillo y salicilados en forma abundante desde hace 20 años. Ingresa en malas condiciones generales, con palidez acentuada de piel y mucosas, y marcada desnutrición.

Durante su hospitalización se practicó enema baritado, el cual reveló que el contraste penetraba hasta la parte terminal del colon transversal, así como una comunicación con el estómago, donde se apreció la presencia del contraste (Figs. 1, 2, 3). Se practicó radiología con ingestión de bario, la cual demostró un buen paso de contraste al píloro, pero además, se apreció el paso del contraste al colon transversal (Fig. 4). La anorectoscopia reveló rectocolitis ulcerosa, posiblemente amibiana, y hemorroides congestionadas.

El día 20 de septiembre se practicó laparotomía exploradora, resección del trayecto fistuloso, resección parcial del colon transversal con anastomosis término-terminal, resección del orificio fistuloso a nivel del estómago, y gastrografía. El estudio anatomopatológico de la pieza operatoria reveló la presencia del trayecto fistuloso, con ulceración a nivel de la mucosa gástrica, sin indicios de carcinoma.

La paciente evolucionó de manera satisfactoria hasta el octavo día, cuando presentó dehiscencia de la herida operatoria y evisceración. El día 1° de noviembre se le practicó resutura de la pared abdominal. La paciente egresó de la sala operatoria en malas condiciones y falleció al día siguiente. El estudio anatomopatológico demostró evisceración postoperatoria, peritonitis, bronconeumonía, fibroenfisema pulmonar y esteatosis hepática.

## DISCUSION

El cuadro clínico del paciente portador de una fístula gástrico-cólica es llamativo; abandonado a su propio curso lleva a la caquexia y la muerte (18). El síntoma más constante es la diarrea, que puede contener restos alimenticios y sangre, la cual se puede observar en el 14% de los casos. La diarrea la explica Mathewson (14), debido a que el reflujo de materias fecales al estómago, y de allí al resto del intestino, ocasiona el tránsito rápido al actuar como factor irritante; además de provocar una alteración ecológica de la flora bacteriana normal. Esta hipótesis fue confirmada posteriormente por Kiskaddon, Templeton y Renshaw (11), cuando experi-



Fig. 1.— Colon por enema. La flecha indica la comunicación gástrica.



Fig. 2. - Colon por enema. Obsérvese que el contraste penetra íntegramente al estómago, y de allí al resto del tracto gastrointestinal



Fig. 3.— Colon por enema. Obsérvese que el contraste plenifica la cavidad gástrica.



Fig. 4.— Ingestión de bario. Apreciamos que el contraste pasa del estómago al colon.

mentaron en el perro. Es importante señalar que Pfeiffer-Kent (17) y Lahey-Marshall (12), al provocar la derivación fecal en el paciente portador del cuadro fistuloso, produjeron mejoría evidente del cuadro clínico (19). El paciente presentaba además, eructos fétidos y vómitos fecaloideos. La presencia de vómitos fecaloideos, cuando se ha descartado el cuadro de obstrucción intestinal, puede decirse que es patognomónico de fístula gastrocólica (8). El estado del paciente es variable según la intensidad de la sintomatología; presenta pérdida de peso, alteraciones nutricionales y electrolíticas (las cuales pueden ser moderadas o graves), que pueden llevar al paciente a la caquexia (15).

El estudio de los exámenes complementarios puede revelar anemia y leucocitosis con desviación a la izquierda. Los estudios radiológicos constituyen la base para hacer el diagnóstico de esta enfermedad. Además, resulta el método más seguro y con escaso margen de error, sobre todo cuando se trata del enema baritado, que puede dar diagnósticos precisos entre el 95-100% de los casos; a diferencia de la radiología por ingestión de bario que produce una positividad mas baja, alrededor del 45% de los casos (22). Actualmente hay la tendencia a la utilización de la colonoscopia y de la gastroscopia; también se ha aumentado la utilización de enemas con sustancias colorantes, utilizando sondas nasogástricas simultáneamente (5).

Las alteraciones nutricionales y electrolíticas, la baja de proteínas y la anemia, son fatales en los pacientes portadores de una fístula gastrocólica, por lo que el tratamiento para normalizar estas alteraciones debe ser intenso (13, 20). La terapéutica de la afección es netamente quirúrgica; anteriormente se practicaba la intervención con cura de la anomalía en un solo tiempo, separando y reparando las vísceras comprometidas en un solo acto operatorio. Con ello se alcanzaba una mortalidad del 65%. Este alto índice obligó al estudio de la técnica quirúrgica con el fin de disminuir los riesgos, adoptándose el tratamiento en dos tiempos: en un primer tiempo la derivación fecal que producía mejoría evidente del cuadro clínico y del estado general del paciente, y en un segundo tiempo, la reparación definitiva de las alteraciones anatómicas. Esta modificación bajó la mortalidad en forma considerable. Con el avance de las técnicas de anestesia e hiperalimentación parenteral, se vuelve a la etapa de la corrección quirúrgica en un solo tiempo; reservándose la modalidad de la cura de las alteraciones anatómicas en dos actos operatorios, a aquellos casos en muy malas condiciones generales (15, 18).

A pesar de los avances actuales, las complicaciones más frecuentes son las respiratorias, cardíacas, hemorragias gastrointestinales, abscesos intra-abdominales, obstrucción gástrica y peritonitis, que producen una alta mortalidad (15).

## ABSTRACT

**Gastrocolic fistula: report of a case and review of the literature.** Dorfman-Gemer S and Chacín-Avila J (*Departamento de Cirugía, Hospital de Chiquinquirá, Maracaibo, Venezuela*). *Invest Clín* 19(1): 24-30, 1978.-- A 45 years-old female who presented hematemesis, melena, abdominal pain, weight loss, frequent diarrheas and moderate nutritional and electrolitical alterations, is reported. Complementary exams were practiced during hospitalization that included barium ingestion and enema, which pointed out to a gastrocolic fistulae due to an ulcer, confirmed by anathomopathologic biopsy. A review is made making considerations on clinic, complementary exams and treatment.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1-- ALTCHER MP, SUMMER P: Ulcerative colitis complicated by gastric fistula. *Gastroenterology* 33: 823-829, 1957.
- 2-- AGUS H, ESTRIN J: Gastrocolic fistula secondary to benign ulcer in a patient given steroids. *Am J Dig Dis* 12: 742-745, 1967.
- 3-- BOSIEN WR, TYSON MD: Spontaneous perforation of a benign gastric ulcer into the transverse colon: report of a case. *Gastroenterology* 24: 113-117, 1953.
- 4-- CLAY RC, RAVITCH MM: Surgical treatment of gastrocolic fistula due to cancer of the colon. *Arch Surg* 75: 793-799, 1957.
- 5-- CODY JH, DIVICENTI FC, COWICK DR, MAHANES JR: Gastrocolic and gastrojejunal fistula: report of twelve cases and review of the literature. *Ann Surg* 181: 376-380, 1975.
- 6-- FISHMAN A: Gastrocolic fistula from benign gastric ulcer. *JAMA* 214: 598, 1970.
- 7-- GESSLER CN: Gastrojejunal fistula. *Amer J Surg* 91: 791-794, 1956.
- 8-- GER R, ADLER H, BERNSTEIN RG: Free perforation of a gastrocolic fistula. *Am J Surg* 122: 115-116, 1971.
- 9-- GANJI H, RICHARD L, COHN I: Gastrocolic fistula due to benign disease. *Arch Surg* 98: 845-847, 1967.
- 10-- HOFFMAN RN: Gastrocolic fistula and gastric ulcer with prolonged glucocorticoid therapy. *JAMA* 195: 493-494, 1966.

- 11-- KISKADDON RM, TEMPLETON FE, RENSCHAW RJF: Gastrocolic fistula: a new concept of pathologic physiology; mechanism of production of the syndrome. *Cleveland Clin Quart* 14: 94, 1947.
  - 12-- LAHEY FH, MARSHALL SF: Surgical management of some of the more complicated problems of peptic ulcer. *Surg Gynec Obst* 76: 641, 1943.
  - 13-- LORENZ GA, GEAL JM: Gastrocolic fistula. *Am J Surg* 115: 724-726, 1968.
  - 14-- MATHEWSON C: Preliminary colostomy in the management of gastrocolic and gastrojejunal fistulae. *Ann Surg* 114: 1004-1010, 1941.
  - 15-- MARSHALL SF, KNUD-HANSEN J: Gastrojejunal and gastrocolic fistulas. *Ann Surg* 145: 770-782, 1957.
  - 16-- MACMAHON CE, LUND P: Gastrocolic fistulas of malignant origin. *Am J Surg* 106: 333-347, 1963.
  - 17-- PFEIFFER DB, KENT EM: The value of preliminary colostomy in the correction of gastrojejunal fistula. *Ann Surg* 110: 659, 1939.
  - 18-- PEREZ-JIMENEZ F, MURO J, DIAGO A, HITOS E: Las fístulas gástricas y gastroyeyunales. *Rev Esp Enf Ap Digest* 39: 377-388, 1973.
  - 19-- PI-FIGUERA J, PI-FIGUERA BJ: Sobre el tratamiento de la fístula gastroyeyunal. *Int Surg* 53: 444-449, 1970.
  - 20-- SMITH DL, COMER TP: Gastrocolic fistula a rare complication of a benign gastric ulcer. *Dis Col Rect* 17: 769-770, 1974.
  - 21-- SMITH DL, DOCKERTY MB: Gastrocolic fistulas of malignant origin. *Surg Gynecol Obstet* 134: 829-832, 1972.
  - 22-- THOENY RH, HODGSON JR, SCUDAMORE HH: The roentgenologic diagnosis of gastrocolic and gastrojejunal fistulas. *Am J Roentgenol* 83: 876-881, 1960.
-