

# Fístula neoplásica sigmoidoileal asociada a colopatía diverticular

Dres. Alfredo Armand Ugón, Pedro Arriaga y Nelson Reissenweber \*

Se presenta un caso de neoplasma rectosigmoideo asentando sobre una colopatía diverticular, fistulizado en delgado terminal y en etapa de diseminación abdominal (infiltración parietal, carcinomatosis ganglionar y peritoneal). Se presentó como una oclusión de delgado bajo y debió tratarse de necesidad mediante resección segmentaria de delgado y resección anterior de recto (operación de Hartmann) con mala evolución postoperatoria. El estudio anatómico del tumor hace plantear su posible origen en un divertículo del sigmoides. Se plantean los problemas diagnósticos y terapéuticos que suponen la coexistencia de una colopatía diverticular y un cáncer de colon.

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:* Sigmoid neoplasms/complications. Diverticulosis/diagnosis.

En la presente contribución se analiza una observación de particular interés desde el punto de vista de la asociación lesional y la forma de presentación anatomopatológica y clínica; todo lo que da pie a consideraciones diagnósticas y terapéuticas.

## OBSERVACION

J. C. de R. Sexo femenino. 74 años. Nº Reg. 3714 Hosp. Maciel.

Ingresa el 31-VIII-74 por cuadro agudo de abdomen caracterizado por detención del tránsito intestinal de 7 días de evolución, dolores cólicos, distensión y vómitos que al ingreso son fecaloideos.

*Antecedentes personales:* Diabética; hace un año internada por constipación, pujos, tenesmo y dolor cólico abdominal. El colon por enema comprobó la existencia de divertículos y una zona sospechosa, estrictural, en unión rectosigmoidea. Dos rectosigmoidoscopias practicadas con intervalo de 4 meses informaron mucosa normal hasta 13 cm, no pudiéndose franquear la unión rectosigmoidea. Alta y ulterior control en policlínica, persistiendo sufrimiento que es atribuido a su colopatía diverticular. Operada hace 11 años por fibroma uterino.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 30 de octubre de 1974.

Residentes de Cirugía, Asistente de Anatomía Patológica.

Dirección: Santa Mónica 1703, Montevideo. (Dr. Armand Ugón).

*Clinica Quirúrgica "2" (Prof. Dr. Juan E. Cerdán Alfonzo), Hospital Maciel y Departamento de Anatomía Patológica (Prof. Dr. José Mautone), Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo.*

Al examen: Deshidratada, taquiarritmia completa, cicatriz de Pffannestiel, distensión centroabdominal, timpanismo, ruidos hidroaéreos de timbre metálico. Tacto rectal: ampolla vacía.

Radiografía simple de abdomen: niveles hidroaéreos en delgado y ausencia de gases en el colon.

En base a ello se estableció diagnóstico de oclusión mecánica de delgado bajo por brida secuelear de su operación ginecológica, o adherencia a foco de perisigmoideitis.

Previas medidas de reposición y valoración se intervinieron, hallándose:

—Oclusión de delgado con obstáculo ileal bajo por adherencias a neoplasma de unión rectosigmoidea.

—Evasión del proceso tumoral, con fijeza a cara anterior del sacro y pared lateral izquierda de la pelvis.

—Mesenteritis retráctil del mesosigmoide, corto, grueso, con nódulos duros.

—Carcinomatosis peritoneal a pequeños nódulos y ascitis serohemorrágica.

Procedimiento:

—Resección ileal segmentaria con anastomosis terminoterminal.

—Resección rectosigmoidea a lo Hartmann, con ano iliaco izquierdo por incisión estelar.

Evolución postoperatoria: Buen funcionamiento de la colostomía desde las 48 horas, tolerando vía oral y levantándose. Al 5º día acusa dolor y distensión abdominales con reacción peritoneal generalizada.

Se hace diagnóstico de peritonitis por falla de la sutura ileoileal y se reinterviene, comprobándose la peritonitis difusa con foco primario aparente en absceso paracolostómico. Sutura indemne. Lavado, drenaje y cierre. Continúa en grave estado, falleciendo al 6º día. No hay estudio necrópsico.

## Anatomía patológica

1. Macroscopía: A 5 cm de uno de los extremos de la resección presenta una constricción retráctil en vórola que toma todo el diámetro transversal del intestino. La mucosa tiene aspecto normal hasta llegar a la lesión, donde se hunde en una especie de cripta muy estrecha, sin observarse una proliferación llamativa. Al corte se observa a este nivel una ulceración que penetra todas las capas del órgano con una proliferación blanquecina en el fondo que se extiende en la atmósfera esclerolipomatosa engrosada de la subserosa.

Un trayecto fistuloso continúa la lesión en profundidad y atraviesa la subserosa, revestido de un tejido blanquecino, y se continúa con trayecto fistuloso similar a nivel ileal. Se individualizan adenopatías en el mesosigmoide, y divertículos vecinos a la lesión.

2. Microscopía: Fragmento sigmoideo. A nivel de la zona tumoral se observa una proliferación con los caracteres de un carcinoma glanduliforme a células cilíndricas, mucosecretante, que se desarrolla fundamentalmente en la subserosa, infiltrando hacia arriba la muscular. La lesión rodea en la parte superficial el trayecto fistuloso, revistiéndolo de células neoplásicas en uno de los labios hasta el orificio ileal, y dejando parcialmente indemne el otro labio del trayecto.

## COMENTARIO

El interés del caso es múltiple:

1. Presentación de una forma lesional poco frecuente, la fístula neoplásica coloileal.
2. Su manifestación clínica bajo forma de oclusión de delgado.
3. La coexistencia de colopatía diverticular y cáncer de colon.
4. El procedimiento quirúrgico realizado por su carácter de necesidad.

## Consideraciones diagnósticas

El diagnóstico diferencial entre colopatía diverticular y cáncer, o de su asociación lesional se ve dificultado por:

1. Ambas afecciones tienen su máximo de incidencia en la misma época de la vida (1, 4, 6, 15, 16, 19).
2. Las dos predominan en el mismo sector del colon (6, 15, 16, 19).
3. Sus formas de presentación clínica son similares, diferenciándose en ocasiones por matices (6, 15, 16, 19).
4. Los métodos auxiliares de diagnóstico reconocen limitaciones:

Radiología: Schtazki (19) distingue los casos en fáciles, difíciles e imposibles, destacando como hecho importante que la presencia de divertículos vecinos a una zona de estenosis tiene poco o ningún valor para el diagnóstico único de colopatía diverticular.

Rectosigmoidoscopia: Es categórica cuando hace diagnóstico de cáncer, no asegurando indemnidad para la zona no explorada. La imposibilidad reiterada para franquear una determinada zona debe hacer presumir el neoplasma (1, 4, 15, 16).

Agotados los recursos clínicos, radiológicos y rectosigmoidoscópicos, la duda puede persistir, lo que es indicación terminante de laparotomía exploradora. Esta misma en ciertos casos no es categórica y la actitud del cirujano debe ser la de resecar con criterio oncológico (2, 3, 5, 7, 13, 17, 18).

## Consideraciones terapéuticas

La no observación de estos principios condicionó en nuestra paciente que se llegara a un grado anatómico de neoplasma que determinó a su vez la conducta terapéutica.

El carácter de cáncer evadido, por su exteriorización directa (fístula, carcinomatosis, adherencias al sacro y pared pelviana), linfática (ganglios y nódulos) y la complicación de oclusión de delgado evolucionada obligaron a realizar una resección primaria en agudo.

Este procedimiento, a pesar de estar gravado por una elevada morbimortalidad (11), es considerado de elección, y está avalado universalmente (1, 3, 9, 10, 12, 13, 14, 17).

Aun considerada como una intervención definitiva y de necesidad, puede ser una solución cancerológicamente buena para los tumores de esa topografía (8, 9).

## Consideraciones patológicas

La disposición macroscópica del proceso puede ser interpretada al menos de tres maneras diferentes:

1. Los neoplasmas nodulares de sigmoide crecen en profundidad y se perforan con cierta frecuencia en peritoneo o viscera vecina. El caso que nos ocupa difícilmente pueda interpretarse de esta manera pues la masa neoplásica ocupa la subserosa del sigmoide infiltrando hacia la mucosa, rodeando los bordes de la fístula. Uno de los labios de la misma está prácticamente bordado por mucosa sigmoidea normal, infiltrando en forma inicial el carcinoma el trayecto por debajo.

2. Tratándose de una diverticulosis el crecimiento de un neoplasma puede ser favorecido por el tejido laxo y los linfáticos peridiverticulares. Un neoplasma creciendo en la vecindad de un divertículo podría entonces profundizarse precozmente. Ello explicaría la invasión de la subserosa en un neoplasma poco voluminoso como el nuestro. No resulta, sin embargo, claro el porqué del mayor crecimiento en la zona subserosa, realizándose la infiltración aparentemente hacia la luz del órgano.

3. La última posibilidad, que a nuestro juicio coincide más con la imagen morfológica, es que el neoplasma haya surgido en el divertículo, lo que explicaría la masa profunda del mismo y que al propagarse por los bordes llegara hasta la mucosa sigmoidea. Esta interpretación sería útil para explicar también la fistulización coloileal en un neoplasma sigmoideo poco voluminoso y sin obstrucción del colon.

## CONCLUSIONES

—Se agrega a la casuística una observación poco frecuente.

—Enseña que la existencia de una colopatía diverticular puede distraer la atención del cirujano a la coexistencia con un neoplasma que puede seguir su evolución.

—Muestra un procedimiento terapéutico considerado a la vez de necesidad y elección.

—Pone en vigencia el concepto de Larghero [citado por Pradines (18)] cuando decía que ante una presunta apendicitis aguda que llegaba al hospital a las 3 AM se hacía de inmediato un Mc Burney derecho, a veces mal

ayudado, con escaso instrumental y aun en precarias condiciones técnicas, resolviendo una situación que podía esperar unas horas para ser operado en buenas condiciones; pero en cambio para indicar un McBurney izquierdo que permitiera afirmar o descartar el diagnóstico de cáncer, a veces se dudan meses.

## RÉSUMÉ

### Fistule néoplasique sigmoïdo-ileale associée à colopathie diverticulaire.

Présentation d'un cas de néoplasme recto-sigmoïde greffé sur une colopathie diverticulaire, fistulisé dans l'intestin grêle terminal et en voie de dissémination abdominale (infiltration pariétale, carcinomateuse ganglionnaire et péritonéale). Ce cas se matérialisa d'abord comme occlusion de l'intestin grêle bas et dut être traité d'urgence par résection segmentaire de l'intestin grêle et résection antérieure du rectum (opération de Hartmann), avec mauvaise évolution post-opératoire. L'étude anatomique de la tumeur donne à penser qu'elle peut provenir d'un diverticule du sigmoïde. Étude des problèmes diagnostiques et thérapeutiques que pose la coexistence d'une colopathie diverticulaire et d'un cancer du côlon.

## SUMMARY

### Neoplastic sigmoid-ileum fistula associated to diverticulosis.

The authors present a case of a carcinoma of the sigmoid colon set on a diverticulosis, fistulized into the last portion of the small bowel and in the stage of abdominal spreading (wall infiltration, peritoneal and lymph-node carcinomatosis). It occurred as low level small intestinal obstruction and it was necessary to treat it by segmental resection of the small intestine and anterior resection of the rectum (Hartmann's operation). The postoperative evolution was unfavourable. Anatomic study of the tumor suggests its possible origin in a sigmoid diverticulum. The diagnostic and therapeutic problems originating in the co-existence of a diverticulosis and a colonic cancer are studied.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ASINER B. Indicaciones quirúrgicas de las diverticulitis colónicas. *Congreso Latinoamericano de Proctología* 2º, *Congreso Internacional de Proctología*, 3º. *Congreso Uruguayo de Proctología*, 19, 1: 139, 1963.
2. ASINER B, RODRIGUEZ DE VECCHI V, BALBOA O. Resección en la urgencia de las complicaciones agudas del neoplasma colónico. *Cir Urug*, 40: 113, 1970.
3. BARQUET A, KAMAID E. Cirugía colónica en emergencia. *Cir Urug*, 40: 120, 1970.
4. BROWN DB, TOOMEY WP. Diverticular disease of the colon, a review of 258 cases. *Br J Surg*, 47: 485, 1960.
5. CHIFFLET A. La cirugía en la diverticulitis del sigmoide. *Dia Méd Urug*, 265: 602, 1955.
6. COLCOCK B, SAS R. Diverticulitis and carcinoma of the colon; differential diagnosis. *Surg Gynecol Obstet*. 99: 627, 1949.
7. CRILE G. Dangers of conservative surgery in abdominal emergencies. *Surgery*, 35: 122, 1954.
8. DEDISH MR, STERNS HW. Anterior resection for carcinoma of the rectum and the rectosigmoid. *Ann Surg*, 154: 961, 1961.
9. DELGADO B. La extensión directa del cáncer del colon. Consideraciones de patología, pronóstico y terapéutica. *Congreso Latinoamericano de Proctología*, 2º. *Congreso Internacional de Proctología*, 3º. *Congreso Uruguayo de Proctología*, 19, 2: 805, 1963.
10. DELGADO B, ANAVITARTE E, VARELA SOTO R. Perforación rectosigmoidea proximal a un cáncer rectal. Resección primaria de urgencia. A propósito de 2 observaciones. *Rev Cir Urug*, 36: 182, 1966.
11. DELGADO B. Fundamentos de la resección primaria del cáncer de colon en agudo. *Cir Urug*, 40: 104, 1970.
12. GOLIGHER J, SMIDDY F. The treatment of acute obstruction or perforation with carcinoma of the colon and rectum. *Br J Surg*, 44: 754, 1955.
13. GREGG RO. The place of emergency resection in the management of the obstructing and perforating lesions of the colon. *Surgery*, 37: 754, 1955.
14. MADDEN J, TAN P. Primary resection and anastomosis in the treatment of perforated lesions of the colon with abscess or diffusing peritonitis. *Surg Gynecol Obstet*. 113: 646, 1961.
15. MORTON DL, GOLDMAN ML. Differential diagnosis of diverticulitis and carcinoma of the sigmoid colon. *Am J Surg*, 103: 55, 1962.
16. PONKA JL, BRUSH E. Differential diagnosis of carcinoma of the sigmoid and diverticulitis. *JAMA* 172: 515, 1960.
17. PRADERI R. Técnica y resultados de la resección primaria del cáncer de colon en agudo. *Cir Urug*. 40: 108, 1970.
18. PRADINES, J. Tratamiento quirúrgico de la enfermedad diverticular del colon. *Congreso Latinoamericano de Proctología*. 2º, *Congreso Interamericano de Proctología*, 3º. *Congreso Uruguayo de Proctología*, 19, 1: 88, 1963.
19. SCHTAZKI R. The roentgenologic differential diagnosis between carcinoma and diverticulitis of the colon. *Radiology*, 34: 671, 1940.