

La fistulización digestiva en el cáncer de colon

Dres. Federico Schneeberger, Artigas Aliano,
Alfredo Armand Ugon y Juan Lorenzelli

A propósito de 6 casos de cáncer avanzado de colon complicado con fistulización interna colodigestiva. Se realiza una revisión de esta patología, se muestra la documentación obtenida y se destaca su escasa frecuencia, la importancia diagnóstica de la radiología y la pobreza del pronóstico, difícil de mejorar mientras los pacientes lleguen al cirujano en este estadio avanzado de su enfermedad neoplásica.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Colonic neoplasms.

INTRODUCCION

El cáncer de colon se presenta a través de sus complicaciones en un 40 % de los casos, siendo ésta la primera manifestación realmente reveladora de la neoplasia en un 10 % (6, 16).

Dentro de las complicaciones, la oclusión constituye, con mucho, la más frecuente; ubicándose la fistulización entre las de menor incidencia.

La fistulización del cáncer de colon puede hacerse al exterior: son las fistulas externas; o puede realizarse a las vísceras huecas vecinas constituyendo las fistulas internas. De acuerdo al sector del colon donde asienta la lesión, distinta será la fistula constituida. Así el colon rectosigmoideo se fistuliza habitualmente en vejiga; el descendente en el delgado; el ascendente en el duodeno y a veces, también en el delgado; mientras que el transversal lo hace generalmente hacia el estómago (12, 16, 19).

MATERIAL CLINICO

En el curso de los últimos 6 años (1974-79) se han asistido en la Clínica Quirúrgica "2", seis pacientes portadores de un cáncer colónico fistulizado en otro sector del tubo digestivo. Esto nos ha motivado en realizar una revisión de las fistulas internas colodigestivas, mostrar la documentación obtenida y hacer hincapié en determinados aspectos de esta patología.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 24 de octubre de 1979.

Asistente, Profesor Adjunto, Residente y Ex-Residente de Clínica Quirúrgica. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Jaime Zudáñez 2720, Montevideo (Dr. F. Schneeberger).

Clínica Quirúrgica "2" (Prof. U. Larre Borges). Hospital Maciel.

DISCUSION

La fistulización del neoplasma de colon es una eventualidad rara (7, 8, 16). De todas las fistulas internas colodigestivas surgen como más frecuentes las cologástricas, las coloduodenales (10) y para algunos autores, las colocolónicas (17). Las cologástricas no alcanzan a 250 en toda la literatura universal hasta 1973 (1, 19).

En 51 años de la Clínica Mayo, Smith y colaboradores encontraron sólo 17 cologástricas por carcinoma de colon (17).

Marshall y Knud - Hansen, a su vez, revisaron 3.200 cánceres de colon operados en la Clínica Lahey y encontraron sólo 9 de estas fistulas (11).

Respecto a las coloduodenales, Guillemín reportó hasta 1977 sólo 23 casos publicados en la literatura (8). Metman encontró sólo 3 casos en una serie de 128 cánceres de colon derecho operados en el lapso de 9 años (12).

En la literatura nacional consultada no hemos encontrado publicaciones sobre el tema. Pertusso y Praderi en el XXI Congreso Uruguayo de Cirugía mencionan brevemente la posibilidad de su incidencia y su gravedad (14, 15).

Nuestra serie consta de 2 fistulas cologástricas; 2 coloyeyunales; 1 rectosigmoideo y 1 colocolónica. En total, 6 fistulas colodigestivas.

La fistulización ocurre habitualmente en pacientes de sexo masculino y de edad avanzada (15), aunque en nuestra serie el promedio de edad fue más bajo (48,9 años) debido a dos hermanas jóvenes, en las que intervino seguramente el factor genético, lo que determinó asimismo que la distribución por sexos resultara similar.

En la clínica de estas fistulas se describe una tríada sintomática clásica integrada por diarreas, vómitos fecaloideos y aliento o eructos estercoreáceos (17, 19). Sin embargo, su aparición es inconstante (16, 18) habiéndola encontrado sólo en la mitad de nuestros casos. Esta diarrea se explica habitualmente por la enteritis que provoca, fundamentalmente en las fistulas altas (con estómago, duodeno y yeyuno), el pasaje del contenido colónico a través de la comunicación visceral (9, 10).

Los otros síntomas son más constantes pero inespecíficos y están dados por astenia, anorexia, adelgazamiento y anemia (16). Todo esto



FIG. 1.—Fistula cologástrica: gastroduodeno.

lleva a un grave deterioro del estado general que se constata en el examen físico de estos pacientes. Son enfermos anémicos, hipoproteiémicos, con trastornos hidroelectrolíticos y metabólicos a menudo severos. Todos nuestros pacientes presentaban esa marcada repercusión general fruto de una evolución muy prolongada debida no sólo a la demora en la consulta del propio paciente y a la propia evolución solapada de la enfermedad, sino también, en ocasiones, al médico que no piensa en esta patología. Tan es así que dos de nuestros pacientes (cuadro 1) fueron estudiados largamente por anemia antes de llegarse al diagnóstico.

El otro elemento capital del examen físico lo constituye la existencia de una tumoración abdominal palpable (17) presente en 4 de nuestras observaciones.

Los estudios radiológicos contrastados constituyen el mejor método para visualizar estas fistulas. De acuerdo a la experiencia unánime, en las fistulas cologástricas, el colon por enema es el estudio más demostrativo (2, 9, 10, 13, 18, 20). Confirma la existencia de la fistula en un elevado porcentaje de casos: entre un 85 - 100 % según los distintos autores. El gastroduodeno, en cambio, sólo confirma la fistula cologástrica en un 35 - 40 % de los casos (19, 20). Con este estudio la fistula puede pasar fácilmente desapercibida, lo que se explica por el flujo unidireccional habitual de las mismas (10, 13). Esto ocurrió en nuestro primer caso, como se observa en el gastroduodeno (fig. 1) que muestra un desplazamiento del estómago de abajo arriba, sin lesión intrínseca ni trayec-

to fistuloso hacia el colon. A nivel del antro existe una irregularidad sobre la gran curva, en la topografía donde luego el colon por enema reveló la comunicación. El colon por enema, en efecto, reveló la lesión colónica y el trayecto fistuloso que rellena el estómago (fig. 2).

Las fistulas duodenocólicas y las coloyeyunales resultan más patentes con la ingesta oral de bario, aunque en las dos coloyeyunales de nuestra revisión fue el colon por enema quien las evidenció. En la fig. 3 se observa el colon por enema del caso 2 con relleno evidente del intestino delgado.

Las fistulas colocólicas son, a menudo, de hallazgo radiológico u operatorio, como ocurrió en uno de nuestros casos, estudiado por anemia, en el que el colon por enema, al rellenar el descendente, demostró un trayecto fistuloso hacia el transverso (fig. 4).

La endoscopia digestiva reviste utilidad sobre todo en el diagnóstico de naturaleza de la afec-



FIG. 2.—Fistula cologástrica: colon por enema.



FIG. 3.—Fistula coloyeyunal: colon por enema.

CUADRO 1
CASOS CLINICOS

Casos	1	2	3	4	5	6
Edad	72	47	19	24	74	63
Sexo	♂	♂	♀	♀	♀	♂
Tiempo evol.	2 ½ m.	Meses	6 m.	6 m.	1 año	1 año
Síntoma predominante	Suboclusión	Anemia	Diarrea Vómitos	Diarrea Vómitos	Suboclusión	Anemia
Triada	No	Diarreas	Si	Si	No	No
EXAMEN Anemia	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Tumor palpable	Si	Si	Si	Si	No	No
Fístula	Gastrocólica	Coloyeyunal	Coloyeyunal	Gastrocólica	R. S. ileal	Colocólica



FIG. 4.—Fístula colocólica: colon por enema.

ción ya que permite visualizar la lesión y biopsiarla. En dos casos de la serie se efectuó la endoscopia: gástrica en uno, colónica en el otro, visualizándose la lesión en ambos aunque en ninguno la biopsia pudo confirmar el proceso maligno.

El diagnóstico de fistulización digestiva del cáncer colónico se basa, pues, en la clínica, con su tríada clásica, la repercusión general y el tumor palpable; y en la radiología, donde el colon por enema y el gastroduodeno constituyen los estudios fundamentales.

A pesar de los elementos disponibles el diagnóstico preoperatorio no se efectúa siempre. De acuerdo a la literatura, para las fístulas cologástricas se logra en sólo el 55 % de los casos (11).

En nuestra revisión la radiología resultó fundamental y reveló la fístula en 5 casos. El restante se operó con el diagnóstico clínico y radiológico de oclusión intestinal y recién el estudio anatomopatológico reveló que el neoplasma rectosigmoideo estaba fistulizado en el delgado adherido (caso 5).

Frente a la existencia de la fístula cabe plantearse si es benigna o maligna. Entre las cologástricas benignas deben recordarse las úlceras pépticas postoperatorias y más raras, la tuberculosis cólica o gástrica y la colitis ulcerosa. Entre las malignas, el reticulosarcoma gástrico, el posible neoplasma gástrico propagado a colon y el hallazgo ocasional de tumores simultáneos, gástrico y colónico, que en su crecimiento originan la fístula. Cuando la fístula asienta en el sigmoides se debe pensar siempre en la colopatía diverticular complicada, que en esa localización es la causa más frecuente.

La anatomía patológica informa que estos tumores son generalmente grandes, infiltrantes, asociados a una reacción inflamatoria intensa (10). Histológicamente corresponden a adenocarcinomas de bajo grado de malignidad, con gran tendencia a la diseminación por contigüidad y poca capacidad metastasiante. La fístula resultaría del crecimiento progresivo del tumor interviniendo la necrosis avascular de estos tumores mucoides más la digestión de los jugos gastrointestinales. La fístula está tapizada por tumor necrótico, tumor viable y tejido inflamatorio (18).

En todos nuestros casos se confirmó el neoplasma excepto en el que presentaba la fis-

tula coloclónica que no se operó. Predominó el tipo mucosecretante y dos tumores tenían caracteres anaplásicos. A pesar del tamaño que adquieren estos tumores, la colonización ganglionar es poco frecuente, hecho que confirmamos en nuestra serie (16).

La gravedad de estos pacientes no parece vincularse a la presencia de metástasis sino a los trastornos metabólicos debidos a la fistula, no presentes cuando el delgado, o la víscera en cuestión, se encuentra únicamente adherida al neoplasma. El establecimiento de la fistula seguramente altera el estado metabólico condicionando un peor pronóstico que el esperado cuando existen simples adherencias.

El tratamiento de estos pacientes es esencialmente quirúrgico (16). Estos enfermos llegan con un grave deterioro general, como vimos; son anémicos, desnutridos, con alteraciones hidroelectrolíticas importantes. De esto surge la necesidad de un tratamiento preoperatorio intenso con el fin de mejorar el estado general del paciente y corregir sus alteraciones metabólicas para llevarlo en las mejores condiciones posibles al acto quirúrgico. La hiperalimentación parenteral constituye así un recurso muy útil dentro de esa preparación (5).

Actualmente los distintos autores aconsejan que la conducta quirúrgica debe ser agresiva practicando la resección en monoblock del tumor, el trayecto fistuloso y la víscera invadida (4, 17, 18). La resección de delgado se sigue de anastomosis terminoterminal. El colon puede anastomosarse o abocarse a la pared, cerrando o no el cabo distal (Hartmann).

Cuando el estado general es malo, algunos aconsejan la cirugía en dos tiempos, realizando en un primer tiempo, una derivación externa (colostomía) o interna, saltando la lesión (ileosigmoidostomía, etc.) para intentar a posteriori, la resección tumoral, cuando las condiciones del paciente sean más favorables (10, 13). Esta conducta no la compartimos totalmente ya que pensamos posterga el tratamiento del elemento central de la patología del paciente: el propio tumor.

Nuestros pacientes se caracterizaron por presentar un estado general muy malo. Sólo cuatro se operaron. Uno falleció en la sala general antes de operarse. El otro rechazó la intervención. La operación consistió en todos en una resección en monoblock. Con resultados muy pobres, ya que el que sobrevivió más tiempo apenas alcanzó los 3 meses, coincidiendo con el mal pronóstico que señalaban todos los autores para esta patología (4, 10, 18).

En efecto, el cáncer de colon cuando es diagnosticado y tratado precozmente tiene una sobrevivencia aceptable, pero cuando se complica y particularmente cuando instala una fistula, el pronóstico se agrava de sobremanera (3).

RESUME

La fistulisation digestive dans le cancer du colon

A la suite de 6 cas de cancer avancé du colon, compliqué d'une fistulisation interne colodigestive, on réalise une révision de cette pathologie.

On montre la documentation obtenue et on en fait ressortir la fréquence peu élevée, l'importance diagnostique de la radiologie et la pauvreté du pronostic, difficile à améliorer tant les patients arriveront chez le chirurgien à un stade avancé de leur maladie néoplasique.

SUMMARY

Digestive Fistulosis in Colonic Cancer

This paper deals with 6 cases of advanced carcinoma of the colon complicated with colo-digestive internal fistula.

A review of this pathology is made and documents are added. Its rare frequency the importance of radiology for diagnosis and the poor prognosis in this advanced stage of the disease, is pointed out.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALLISON JE. Gastrocolic fistula as a complication of gastric lymphoma. *Am J Gastroenterol*, 59: 449, 1973.
2. CALVERT DG and MEDHURST GA. Fistula formation between the duodenum and colon. A report of 3 cases and review of the condition. *Br J Surg*, 208: 136, 1960.
3. CARPANELLI JB, VELASCO EE y RAMIREZ MN. Tumores de colon transverso propagados y fistulizados en estómago. *Prensa Med Argent*, 52: 2274, 1965.
4. CLAY RC and RAVITCH MN. Surgical treatment of gastrocolic fistula due to cancer of the colon. *Arch Surg*, 75: 793, 1975.
5. CODY JH, DIVINCENTI FC, COWICK DR and MAHANES JR. Gastrocolic and gastroeyunocolic fistulas. Report of twelve cases and review of the literature. *Ann Surg*, 181: 376, 1975.
6. CHALNOT P, GROSSIDIER J and JACQUET A. Diagnostic des cancers coliques révélés par une complication. *Rev Prat*, 13: 167, 1963.
7. GASTARD J et GOSSELIN M. Diagnostic clinique et radiologique du cancer du colon gauche. En: "Cancers des colons". *Rev Prat*, 29: 1105, 1979.
8. GUILLEMIN G, BRAILLON G, RIVIER R et BILGAY D. L'envahissement duodénal par cancer du colon droit. *Lyon Chir*, 73: 106, 1977.
9. JACKMAN RJ y BEAHR OH. Complicaciones del cáncer de colon. En: "Tumores del intestino grueso. Barcelona. Científico Médica, 1971.
10. MAC MAHON ChE and LUND P. Gastrocolic fistulas of malignant origin. *Am. J Surg*, 106: 333, 1963.
11. MARSHALL SF, KNUD -HANSEN J. Gastroeyunocolic and gastrocolic fistulas. *Ann Surg*, 145: 770, 1957.
12. METMAN EH, BERTRAND J et ROULEAU Ph. Diagnostic clinique et radiologique des cancers du colon droit. En: "Cancers des colons". *Rev Prat*, 29: 1081, 1979.
13. PEREZ JIMENEZ F, MURO J y DIAGO A. Las fistulas gastrocolicas y gastroeyunocolicas. *Rev Esp Enf Ab Diges*, 39: 377, 1973.
14. PERTUSSO JC. Cirugía de urgencia de colon. *Cir Uruguay*, 40: 469, 1970.
15. PRADERI L. Colectomías derechas ensanchadas. *Cir Uruguay*, 41: 86, 1971.
16. RICO SELAS P, HEBERFRO SAN MARTIN J, ALVAREZ RUSTOS G, MORENO AZCOITIA M, SERRANO RAMOS F y MORENO GONZALEZ E. La fistula cologástrica como complicación infrecuente de las neoplasias de colon. Análisis de 4 casos. *Rev Clin Esp*, 148: 607, 1978.
17. SAMAMA G, L'HIRONDEL JL et BEZARD J. Cancer du colon transverses révélé par une fistule gastrocolique. *Med Chir Din*, 6: 567, 1977.
18. SMITH DL, DOCKERTY MB and BLACK RM. Gastrocolic fistulas of malignant origin. *Surg Gynecol Obstet*, 134: 829, 1972.
19. THAL ER and LOCKWOOD TE. Gastrocolic fistulas as a complication of carcinoma of the lung. *J A.M.A.*, 235: 934, 1976.
20. THOENY RH, HODGSON JR and SGUDEMORE HH. The roentgenologic diagnosis of gastrocolic and gastroeyunocolic fistulas. *Am J Roentgenol*, 83: 876, 1960.