

CASOS CLINICOS

Fístula gastroyeyunocólica postgastrectomía.

A propósito de un caso.

Dres. Alberto Piñeyro, José L. Rodríguez, Luis Cidade
y Luis Bergalli.

Se presenta un caso de fístula gastroyeyunocólica seis años después de una gastrectomía por úlcus duodenal, resuelta satisfactoriamente en un acto quirúrgico único. Se hace una breve revisión del tema en especial sus aspectos etiológicos y terapéuticos.

*Clinica Quirúrgica "2". (Director Prof. Dr. C. Silva).
Hospital Maciel. Fac. de Medicina. Montevideo.*

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Gastric Fistula.

SUMMARY: Post gastrectomy gastrojejuno-colic fistula. Study of a case.

Description of a case of gastrojejunal fistula occurring six years after gastrectomy performed on account of duodenal ulcer, resolved satisfactory in a single surgical intervention.

A brief review of the subject is made, specially its etiologic and therapeutic aspects.

RÉSUMÉ: Fistule gastro-jejuno-colique post gastrectomie. A propos d'un cas.

On présent un cas de fistule gastro-jejuno-colique, six années après avoir effectué une gastrectomie par un ulcus duodénal, résolu de façon satisfaisante par une intervention chirurgicale unique. On fait une brève révision à ce sujet surtout en ce qui concerne les aspects étiologiques et thérapeutiques.

INTRODUCCION

La fístula gastroyeyunocólica, es la complicación más grave de la úlcera de neoboca o anas-

tomótica postoperatoria y ocurre cuando esta, en su evolución, erosiona la pared colónica.

Si consideramos que actualmente ha disminuido el índice de úlcus de la neoboca, y que las mismas son tratadas tempranamente, concluimos que la fístula gastroyeyunocólica es en nuestros días una rareza. T. Kennedy en su serie de 145 úlceras de la neoboca⁽¹⁾ tratadas quirúrgicamente, no señala ningún caso de fístula gastroyeyunocólica. A. Wychulis en su revisión de la Clínica Mayo⁽⁹⁾ sobre 360 úlceras de la neoboca, señala un 5% de fístulas. En nuestro medio, Larghero y Carrera⁽³⁾ presentan en el año 1948, 26 casos de úlcus de la neoboca, con 5 casos de fístula gastroyeyunocólica (19.23%); de estas, 4 aparecieron luego de gastroenterostomía simple y sólo una fue postgastrectomía. En el año 1953, Pi-quinela y De Chiara⁽⁷⁾ aportan 1 caso de fístula gástricocólica luego de gastroenterotomía.

El haber vivido recientemente en la Clínica Quirúrgica "2" un caso de fístula gastroyeyunocólica postgastrectomía, nos impulsó a presentarla hoy a la Sociedad de Cirugía, considerando:

- 1) su rareza actual.
- 2) su forma de presentación, ya que el paciente fue dirigido desde el Interior, con el diagnóstico presuntivo de neoplasma de colon.
- 3) su solución exitosa en un acto quirúrgico único.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 5 de setiembre de 1984.

Prof. Adjunto y Asistente de Clínica Quirúrgica, Residente de Cirugía, Prof. Agregado de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Ibicuy 1116, Montevideo. (Dr. A. Piñeyro).

CASO CLINICO

Se trata de un paciente del sexo masculino, L.R., N° Reg. 5570 que hace 6 años fue sometido en el interior a una gastrectomía por úlcus duodenal. Seis meses antes de su ingreso, comienza con dolor a nivel del hemiabdomen superior y repercusión general. Dos meses antes agrega alteraciones del tránsito intestinal, fundamentalmente diarreas y últimamente vómitos. Se le practicó Colon por Enema convencional y es enviado con el diagnóstico presuntivo de neoplasma de colon transverso. A su ingreso se comprueba un paciente de regular estado general y con dolor a la palpación de hemiabdomen superior. Se le estudió mediante Colon por enema por doble contraste, que mostró una estenosis a nivel del sector medio del colon transverso, con fuga de contraste. El estudio contrastado de esofagogastroyeyuno, mostró estenosis probablemente gastroyeyunal. La fibrogastroscoopia, informó una gruesa úlcera de la neoboca a nivel del asa eferente. No se pudo realizar una gastrinemia, y su estudio del quimismo gástrico mostró una clorhidria de concentración elevada con cifras de 4.38%. Se realizó además la evaluación y reposición nutricio-metabólica y se preparó el colon adecuadamente. El paciente se operó el 8 de mayo de 1984. La laparotomía mostró marcado proceso adherencial que englobaba la zona de la gastroyeyunostomía y el colon transverso que formaban un bloque único, indivisible. Se decidió efectuar vaguectomía troncal bilateral, regastrectomía con reconstrucción gastroyeyunal en "Y de Roux" y una colectomía segmentaria con reconstrucción primaria término-terminal. El estudio macroscópico de la pieza, mostró claramente la existencia de un trayecto fistuloso entre el úlcus de neoboca y el colon. La evolución postoperatoria fue buena, reinstalando el tránsito al 4° día, y al 9° día se le dio el alta.

COMENTARIO

La aparición de una úlcera de la neoboca depende fundamentalmente de 2 factores⁽⁵⁾:

- 1) la enfermedad inicial: aparece principalmente después de un acto quirúrgico habitualmente realizado por úlcera duodenal. Excepcionalmente luego de operaciones por úlcera gástrica o neoplasmas.
- 2) la técnica elegida para el tratamiento de la enfermedad ulcerosa: menos del 1% luego de antrectomía y vaguectomía hasta más del 30% luego de gastroenterostomía.⁽⁸⁾

Del punto de vista fisiopatológico, su aparición responde a la persistencia de una hipersecreción ácido-péptica absoluta o relativa. Esta hipersecreción puede deberse a⁽¹⁾:

defecto quirúrgico

- gastrectomía insuficiente: tanto a derecha (dejando mucosa antro-pilórica) como a izquierda de la sección gástrica (dejando mucosa ácida y a veces antral).
- vagotomía incompleta.
- gastroenterostomía defectuosa.

afecciones generales

- gastrinoma del síndrome de Zollinger-Ellison.
- hiperparatiroidismo.

La primera fístula gastroyeyunocólica fue descrita por Czerny en el año 1903.

El sentido del tránsito a nivel de la fístula, quizás por mecanismo de tipo valvulado (en las comunicaciones de pequeño tamaño como la que presentó nuestro paciente) es, al revés de lo que suele creerse desde el colon hacia el estómago, ocasionando una gastroyeyunoileítis responsable de las diarreas, desnutrición con hipoproteínemia que dominan el cuadro clínico. Debido a este mecanismo, el diagnóstico radiológico se efectúa por enema baritado y no en el estudio por ingestión que difícilmente señala la fístula en sus primeras etapas.

Según la repercusión nutricio-metabólica estos pacientes requieren un período preoperatorio de reanimación como fue realizado en nuestro paciente.

En cuanto al tratamiento quirúrgico, actualmente se ha dejado de lado la cirugía en dos tiempos como fue propuesta por:

— Lahey y Marshall⁽²⁾

- primer tiempo: ileocolostomía, con sección del ileon a 15 cm del ciego y anastomosis con el colon descendente o sigmoideo.
 - segundo tiempo: a los 2 meses, una vez mejorado el estado general, realizaban colectomía derecha y transversa, gastrectomía subtotal y gastroyeyunostomía precólica.
- Pfeiffer y Kent⁽⁶⁾ realizaban como primer tiempo quirúrgico la colostomía transversa derecha, dejando para un segundo acto quirúrgico el tratamiento integral de la fístula.

Se prefiere luego de una reanimación nutricio-metabólica adecuada, realizar el tratamiento quirúrgico en un acto, que incluye: vaguectomía troncal bilateral si no fue realizada, regastrectomía y resección colónica en cuña o segmentaria con reconstrucción en el mismo acto de ser posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. KENNEDY T. — Recurrent peptic ulcer. En: Maingot R. - Abdominal Operations. New York, Appleton Century Crofts, 1980.
2. LAHEY F.H., MARSHALL S.F. — The surgical management of the more complicated problems of peptic ulcers, Surg. Gynecol. Obstet., 76: 641, 1943.
3. LARGHERO P., CARRERA I. — Úlcera péptica gastro-yeyunal y fístula gastro-yeyuno-cólica. 26 observaciones. Bol. Soc. Cir. Urug., 19: 569, 1948.

4. LE QUINTREC Y. — Patología del estómago operado. En: DEBRAY Ch. y GEFFROY, N. — Enfermedades del tubo digestivo. Barcelona. Toray, Masson, 1980.
5. MOREAUX J., LE QUINTREC Y. — Les ulcères anastomotiques, *Rev. Prat.*, 19: 2635, 1970.
6. PFEIFFER B., KENT E. — The value of preliminary colostomy in the correction of gastroyeyunocolic fistula. *Ann. Surg.*, 110: 659, 1939.
7. PIQUINELA J., DE CHIARA J. — Fistula gastro-cólica, *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 24: 433, 1953.
8. STABILE B., PASSARO E. — Recurrent peptic ulcer, *Gastroenterology*, 70: 124, 1976.
9. WYCHULIS A., PRESTLEY J., FOULK W. — A study of 360 patients with gastroyeyunal ulceration, *Surg. Gynecol. Obstet.*, 122: 89, 1966.