

IMAGEN DEL MES

Fístula enteroentérica y enterocutánea asociada a recurrencia de adenocarcinoma de colon

Enteroenteric and enterocutaneous fistula associated with recurrence of colon adenocarcinoma

Fístula enteroentérica e enterocutânea associada à recorrência de adenocarcinoma de cólon

Jorge Adrián Romero Sánchez¹
ORCID 0000-0002-3557-2186
adrianromsa93@gmail.com

Jorge Farell Rivas²
ORCID 0000-0002-3369-565X
jorgefarell@gmail.com

Ana Paula Ruiz-Funes Molina³
ORCID 0000-0001-9888-7460
draruizfunesmolina@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.31837/cir.urug.6.1.1>

Recibido: 20 de mayo 2020
Aceptado: 19 de noviembre 2021

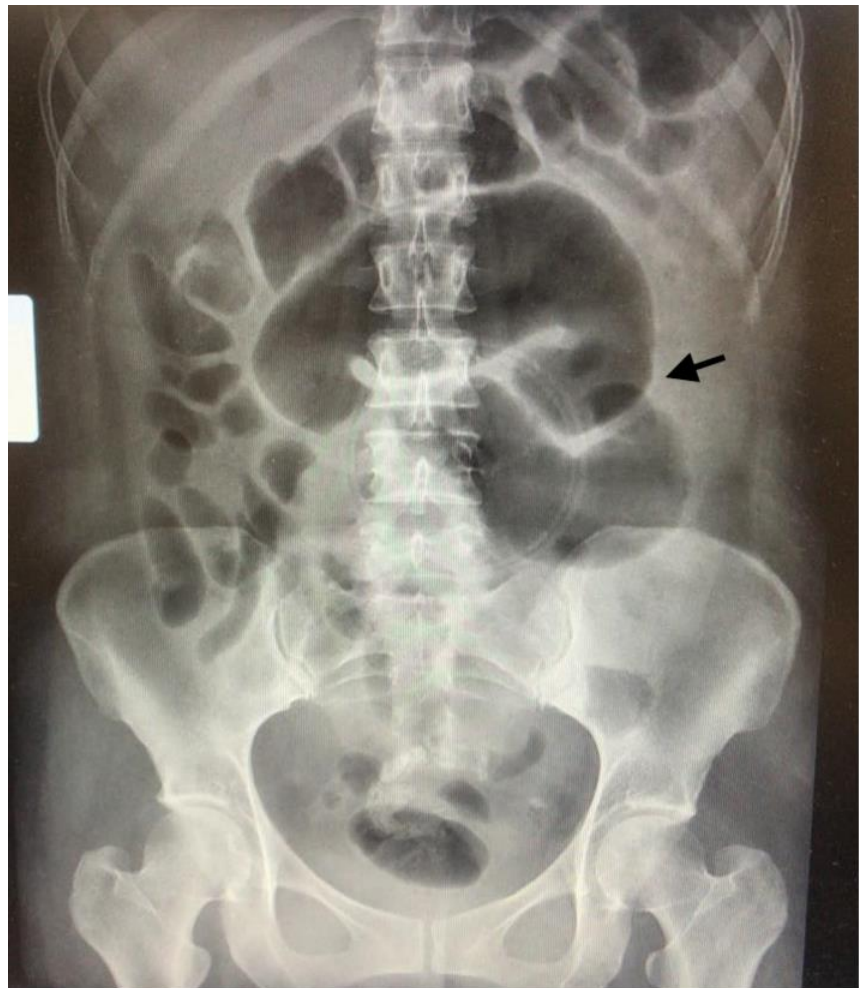


Foto 1 Radiografía simple de abdomen con evidencia de dilatación de asas intestinales. (Flecha señala la dilatación intestinal)

¹ Residente de Cirugía General, Hospital Central Sur de Alta Especialidad. Departamento de Cirugía General, Ciudad de México, México.

² Cirujano General, Hospital Central Sur de Alta Especialidad Departamento de Cirugía General. Ciudad de México, México

³ Residente de Laparoscopia Avanzada, Hospital Central Sur de Alta Especialidad. Departamento de Cirugía General. Ciudad de México, México

Paciente de sexo femenino de 42 años con antecedente de hemicolectomía derecha por cáncer de colon, con íleo-transverso anastomosis dos años antes. Acudió por dolor abdominal.

A la exploración física se observó pérdida de continuidad de 1 cm en la cicatriz previa, con secreción purulenta y dolor sin evidencia de irritación peritoneal. Se realizó radiografía simple de abdomen, (Foto 1) y tomografía de abdomen (Foto 2), ambas con datos sugestivos de oclusión intestinal; la tomografía documentó fístula enterocutánea, por fuga de medio de contraste a través de pared abdominal.

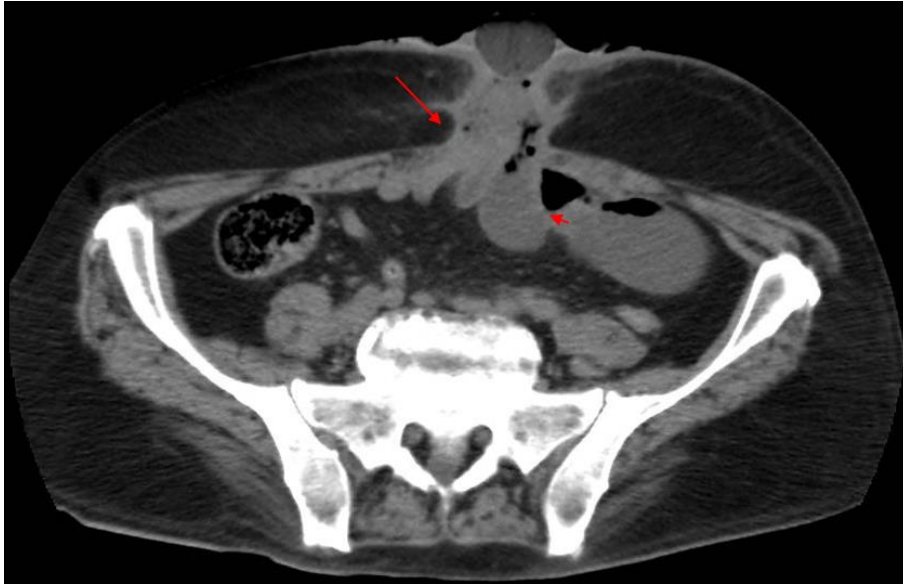


Foto 2 Corte axial de tomografía de abdomen contrastada con evidencia de fístula enterocutánea. (Flecha: indica la fístula entero-cutánea; Cabeza de Flecha; indica el conglomerado de asas intestinales)

Por los hallazgos, se decidió realizar una laparotomía exploradora. Encontrando una fístula enterocutánea y entero-entérica formada por un conglomerado de asas intestinales. Se encontraron 5 asas comunicadas entre ellas (Foto 3); el extremo proximal a 80cm del ángulo de Treitz y el extremo distal a 140 cm de la íleo-transverso anastomosis; se reconoce recaída tumoral en la fístula (anatomía patológica extemporánea: Adenocarcinoma). Se resecó el trayecto fistuloso en la pared abdominal y las asas intestinales involucradas (Foto 4).

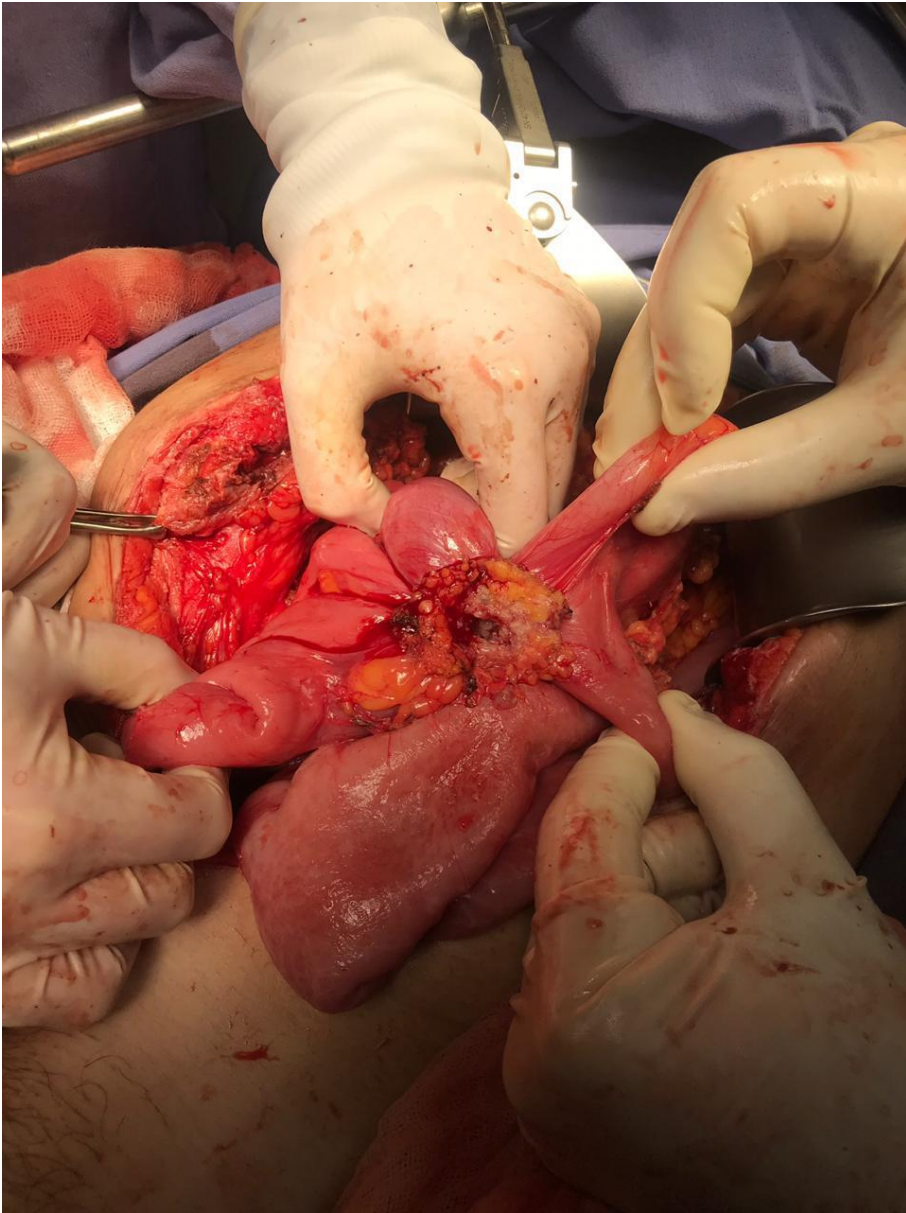


Foto 3 Conglomerado de 5 asas intestinales con comunicación a fistula entero-cutánea/entero-entérica

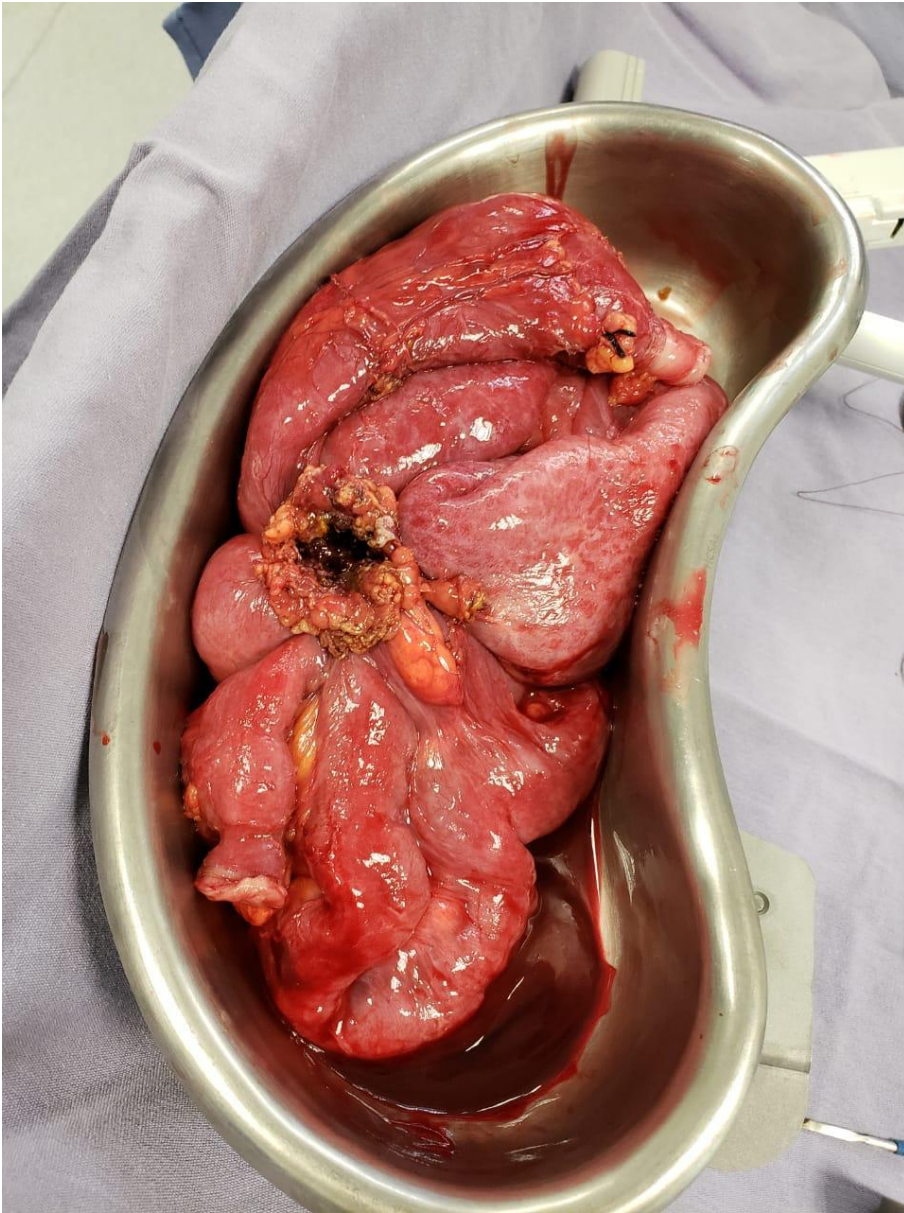


Foto 4 Pieza quirúrgica resultado de resección de conglomerado de asas intestinales y fistula entero-cutánea/entero-entérica

La paciente fue dada de alta 6 días después, evidenciando adecuado peristaltismo, evacuaciones y adecuado control del dolor.

Se citó a la consulta externa a los 15 días, y posteriormente cada mes durante 3 citas más, posterior a ello se dio de alta del servicio sin complicaciones derivadas del evento quirúrgico.