

FÍSTULA GASTROCÓLICA POR ADENOCARCINOMA DE COLON TRANSVERSO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

GASTROCOLIC FISTULA SECONDARY TO ADENOCARCINOMA OF TRANSVERSE COLON: A CASE REPORT

Felipe Aluja Jaramillo¹

Aura Lucía Rivera Bernal²

Jorge Alberto Carrillo-Bayona²

PALABRAS CLAVE (DeCS)

Adenocarcinoma
Colon transverso
Neoplasias del colon
Fístula
Diarrea

KEY WORDS (MeSH)

Adenocarcinoma
Colon, transverse
Colonic neoplasms
Fistula
Diarrhea

RESUMEN

La fístula gastrocólica es una entidad poco frecuente. Puede ser causada por enfermedades benignas y malignas. Dentro de las malignas frecuentemente se asocia al cáncer de colon. El artículo presenta el caso de un paciente masculino de 76 años que ingresa al servicio de urgencias por dolor abdominal, diarrea y pérdida de peso. Los estudios endoscópicos evidencian una lesión ulcerada de la pared del colon y de la pared gástrica. La tomografía de abdomen muestra una masa de colon transverso con afectación de la pared gástrica. Posteriormente se confirma una comunicación entre ambas vísceras huecas (fístula gastrocólica) mediante estudios baritados.

SUMMARY

The gastrocolic fistula is a rare entity. It may be caused by benign and malignant diseases. Malignant gastrocolic fistula is frequently associated with colon cancer. This article presents a case of a 76-year-old male patient who was admitted to emergency care due to abdominal pain, diarrhea and weight loss. Endoscopic studies and tomography (CT) revealed an ulcerated lesion in the colonic wall. This lesion affected the gastric wall. Afterwards, in the barium studies, we confirmed the presence of the fistulous track between both hollow visceral organs.

Introducción

En términos de incidencia, el cáncer colorrectal ocupa el cuarto lugar en el mundo, tanto para hombres como para mujeres; además, es la segunda causa de muerte por cáncer en el mundo (1,2). Las complicaciones del cáncer de colon son variadas, y dentro de estas la fístula gastrocólica es una de las menos frecuentes. La incidencia presentada en la literatura es de 0,3 a 0,4% (3). La sintomatología clásica se compone por diarrea, pérdida de peso y vómito fecaloide, tríada que está presente en el 30% de los pacientes (3-8).

Los estudios baritados permiten el diagnóstico radiológico más sensible para la detección de una fístula gastrocólica (3,4,8). La tomografía axial computarizada (TAC) puede ser un método confiable, aunque se usa principalmente para detectar las causas de la fístula, más que para su caracterización (4,8,9). A continuación se presenta un caso clínico y se revisa la literatura al respecto.

Caso clínico

El caso corresponde a un hombre de 76 años de edad que ingresó al servicio de urgencias de nuestra institución por un cuadro clínico de dolor abdominal

¹Estudiante de Medicina, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

²Médica(o) radióloga(o), Departamento de Radiología, Hospital Universitario Mayor-Méderi, Bogotá, Colombia.

tipo cólico de tres meses de evolución, localizado en el epigastrio y el mesogastrio, que se asocia con diarrea, hematoquexia, hiporexia progresiva hasta la anorexia y pérdida de peso de aproximadamente ocho kilos desde el inicio del cuadro clínico. Refirió episodios eméticos de tipo alimentario desde el momento en que se hospitalizó. Dentro de los antecedentes de importancia se encontraba enfermedad ácido-péptica, tabaquismo crónico (veinticinco paquetes/año) y colecistectomía por laparotomía hace seis años.

En el examen físico se trata de un paciente en aceptable estado general, pálido y caquéctico, con un abdomen distendido. Este último estaba levemente doloroso a la palpación, con presencia de masa móvil, sólida, de consistencia pétreo en el mesogastrio. No se encontraron otros hallazgos relevantes.

En los exámenes paraclínicos solicitados, entre ellos hemograma y marcadores tumorales, se evidenció anemia, que requirió una transfusión de componentes sanguíneos. Es preciso advertir que se encontró elevación del antígeno carcinoembrionario (CEA) sin elevación de la α -fetoproteína ni del CA 19-9.

Al paciente se le realizó una endoscopia de las vías digestivas altas, que mostró: esófago normal, hernia hiatal de 2 cm, estómago con lesión ulcerada e infiltrante, friable, protruida hacia la luz, irregular, con un diámetro aproximado de 4 cm, localizada en la pared posterior y con evidencia de sangrado reciente pero no activo.

El píloro estaba desplazado hacia atrás, pero sin producir estenosis de su luz. La colonoscopia demostraba abundante material sanguinolento intraluminal. Se encontró una lesión ulcerada, que disminuía el calibre de la luz, friable, de sangrado fácil, recubierta de fibrina, de aproximadamente 8 cm de longitud localizada a 60 cm del orificio anal, compatible con adenocarcinoma de colon. Cabe resaltar que en ninguno de los dos procedimientos endoscópicos se visualizó la fístula. En ambos se tomaron biopsias de las lesiones encontradas. La histopatología era compatible con adenocarcinoma tipo intestinal moderadamente diferenciado infiltrante, con ulceración, asociado a afectación de la submucosa por carcinoma mal diferenciado.

La TAC mostró una masa heterogénea con centro de alta intensidad y aire en su interior. Esta masa alcanzaba un tamaño superior a $7 \times 8 \times 9$ cm, y parecía invadir la pared posterior de la región antropilórica y el colon transverso. Esta masa se asociaba con una ligera alteración de la grasa adyacente, así como abundante cantidad de líquido libre intraperitoneal de localización perihepática y en la gotera paracólica derecha (figuras 1a, 1b y 1c).

No se pudieron evaluar todos los segmentos colónicos mediante procedimientos endoscópicos, por lo que solicitaron estudios con medio de contraste baritado, por vía rectal. En ellos se encontró un adecuado paso del medio de contraste hacia el ángulo hepático del colon; además, se identificó una fístula entre el colon transverso proximal y la cámara gástrica, sin que se lograra opacificar el colon derecho —imagen compatible con la fístula gastrocólica— (figuras 2a, 2b y 2c).

De igual modo, se practicó un estudio de las vías digestivas que demostró un adecuado paso del medio de contraste hacia la cavidad gástrica y hacia el duodeno (casi en su totalidad). Así se visualizó un paso anómalo del medio de contraste de la cavidad gástrica al colon transverso (figura 3).



Figura 1(a). Tomografía axial computarizada con contraste oral y endovenoso: masa heterogénea con densidad de tejidos blandos y aire en su interior, localizada en el colon transverso con pérdida del plano de clivaje con la pared del cuerpo gástrico. (b). Reconstrucción coronal: evidencia de masa heterogénea, con centro necrótico y de baja intensidad, localizada en el colon transverso, con pérdida del plano de clivaje con antro gástrico. (c) Reconstrucción sagital: extenso engrosamiento concéntrico de las paredes del colon transverso con pérdida del plano de clivaje con el antro gástrico.

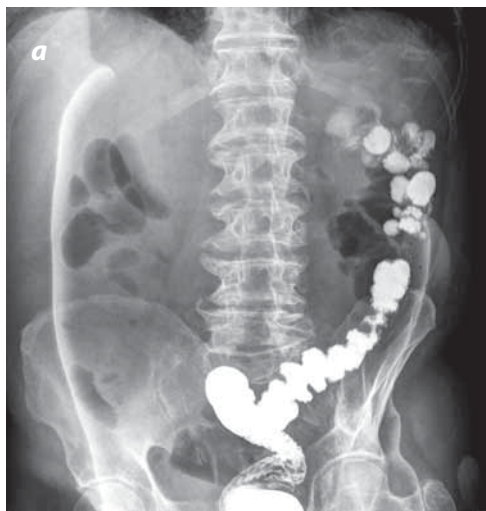


Figura 2. (a, b y c). Colon por enema doble contraste: opacificación del colon sigmoide y descendente. Posteriormente se visualiza el paso de material de contraste hacia el colon transverso y en la última imagen se encuentra llenado de la cámara gástrica por presencia de fistula gastrocólica.



Figura 3. Vías digestivas altas: se visualiza claramente una fistula gastrocólica a partir del antro gástrico. Existe paso del material de contraste hacia las asas intestinales delgadas.

Discusión

La incidencia del cáncer colorrectal se ha reducido desde 1985, debido a la disminución en la exposición a los factores de riesgo precipitantes, a los programas de tamizaje y a la resección temprana de pólipos premalignos (1). Los avances en el manejo del paciente con cáncer colorrectal han permitido un descenso en la mortalidad de casi un 1,8% por año, y si se hace un diagnóstico y se brinda un manejo oportuno, la sobrevivida a los cinco años puede superar el 90% (9).

Existen diferentes guías y protocolos para el tamizaje del cáncer colorrectal. Dentro de las recomendaciones se encuentra la realización anual de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia cada cinco años o colonoscopia cada diez años (1).

Con el desarrollo de nueva tecnología en tomógrafos, se ha visto que la colonografía por TAC (colonoscopia virtual) tiene casi igual sensibilidad que la colonoscopia tradicional (2). En cuanto al diagnóstico, se realiza histológicamente mediante una biopsia de la lesión por medio de colonoscopia. De ahí, el adenocarcinoma es la etiología más frecuente (9).

Los marcadores tumorales, como el antígeno carcinoembrionario, no tienen una elevada sensibilidad ni especificidad para el diagnóstico inicial del paciente, pero son de gran ayuda en el seguimiento y detección de metástasis (10).

El diagnóstico del cáncer colorrectal no puede hacerse mediante estudios radiológicos, aunque en algunos casos los hallazgos son sugestivos y nos hacen sospechar de esta enfermedad (9). El enema de bario es inferior respecto a la colonoscopia, en cuanto a la detección de pólipos y cáncer, y su utilidad ha ido decreciendo, pues se ha limitado su uso para los casos en los que no es posible un estudio completo del colon o cuando la colonoscopia no está disponible (9). La TAC de abdomen es uno de los estudios elegidos para evaluar el estadio tumoral y la extensión regional de la enfermedad (9) y, así mismo, evaluar sus complicaciones (9).

Los hallazgos tomográficos más importantes del cáncer colorrectal son el engrosamiento asimétrico de las paredes, con irregu-

laridad en la superficie o sin esta; tumor dentro de la luz del colon; extensión tumoral extracolónica evidenciada por una masa con bordes irregulares; estricción de la grasa pericólica, o pérdida del plano de clivaje con los órganos adyacentes, metástasis a peritoneo o ganglios mesentéricos y metástasis hepáticas (11).

Dentro de las complicaciones del cáncer colorrectal se encuentran: hemorragias de vías digestivas bajas, obstrucción intestinal, perforación con posterior peritonitis y formación de fistulas (9).

Las fistulas gastrocómicas son una complicación muy rara del cáncer de colon. La etiología de las fistulas gastrocómicas varía desde enfermedades benignas hasta enfermedades neoplásicas (3,4,12,13). Su causa más común es el carcinoma de colon transverso y el carcinoma gástrico; su incidencia varía según la región, aun cuando es más frecuente el carcinoma de colon en países occidentales y el carcinoma gástrico en países orientales (3). En menor proporción, el linfoma gástrico y otros tumores del colon pueden ser su causa (5,14,15). Dentro de las etiologías benignas que pueden causar la formación de una fistula se encuentran: úlcera péptica, enfermedad de Crohn, tuberculosis, sífilis, apendicitis, diverticulitis, trauma abdominal, peritonitis y abscesos pancreáticos (4,5,12-23). Aunque se han presentado muy pocos casos, también pueden producirse como una complicación de un procedimiento quirúrgico, especialmente gastrostomías endoscópicas percutáneas (24-29).

La fistula en las enfermedades malignas se forma en dos circunstancias: la primera, cuando el tumor genera una ulceración con exudado o reacción peritoneal, que produce una adherencia de la serosa de una víscera hueca hacia la serosa de otra víscera hueca contigua, con posterior infiltración tumoral maligna y finalmente necrosis central del área infiltrada, que termina con la formación de una fistula entre ambos órganos (3,5). La segunda de ellas por el crecimiento de un tumor maligno hacia un órgano contiguo (3).

La sintomatología clásica de la fistula gastrocómica está dada por diarrea, pérdida de peso y vómito fecaloide (3-7,18,30). Esta sintomatología está presente en el 30% de los pacientes (4-6). Los otros síntomas suelen no ser específicos para el diagnóstico de esta enfermedad y varían desde la desnutrición hasta el dolor abdominal; este último es el síntoma más frecuente y se presenta en el 64% de los pacientes (3).

El diagnóstico radiológico más sensible para la detección de una fistula gastrocómica son las vías digestivas altas con bario o el enema con bario (3,4,7,8,18). La preferencia de este estudio como método diagnóstico inicial se debe a que un aumento de la presión intraluminal del colon durante el procedimiento lleva a un mejor paso del medio de contraste a través de la fistula, lo que permite la observación de una comunicación anormal entre el estómago y el colon (4). El TAC es confiable para detectar este tipo de fistula, así como para caracterizar e identificar su etiología (4,7,18). Según la revisión de la literatura, solo se han diagnosticado unos cuantos casos mediante TAC, y la mayoría no han sido causados por cáncer de colon, sino por linfoma y enfermedad de Crohn (4). En nuestro caso, el TAC no fue de utilidad para el diagnóstico de la fistula, pero sí para la caracterización de la lesión neoplásica.

Otro de los métodos más confiables es la endoscopia, que no solo permite la visualización directa de la fistula, sino la toma de muestras para su estudio histopatológico y así establecer su origen. Aunque si la fistula es pequeña o estrecha, es posible que no se visualice (5).

Conclusión

La fistula gastrocómica es una entidad poco frecuente como complicación de una neoplasia de colon, aun más como presentación del carcinoma de colon, como lo fue en este caso. Se debe tener presente la sintomatología para un pronto manejo y así mejorar el pronóstico del paciente. Los estudios radiológicos con bario son la primera elección para hacer el diagnóstico, y se prefiere inicialmente el enema con bario. El diagnóstico se realiza mediante la observación de una comunicación anormal entre el estómago y el colon. El TAC es una herramienta útil para caracterizar su etiología; por esto el uso conjunto de ambos métodos permite una mayor exactitud en el diagnóstico.

Referencias

1. Levin B, Lieberman DA, McFarland B. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *Gastroenterology*. 2008;134:1570-95.
2. Mulhall BP, Veerappan GR, Jackson JL. Metaanalysis: computed tomographic colonography. *Ann Intern Med*. 2005;142:635-50.
3. Matsuo S, Eto T, Ohara O, et al. Gastrocolic fistula originating from transverse colon cancer: Report of a case and review of Japanese literature. *Surg Today*. 1994;24:1085-9.
4. Jae Lee W, Horton KM, Fishman EK. Gastrocolic fistula due to adenocarcinoma of the colon: Simulation of primary gastric leiomyosarcoma on CT. *Clin Imaging*. 1999;23:295-7.
5. Lee LS, Foo CS, Chen CM, et al. Gastrocolic fistula a rare complication of gastric carcinoma. *Singapore Med J*. 2009;50:274-6.
6. Forshaw MJ, Dastur JK, Murali K, et al. Long-term survival from gastrocolic fistula secondary to adenocarcinoma of the transverse colon. *World J Surg Oncol*. 2005;3:9-12.
7. Borger M, Weber J, Prohm P. Gastrocolic fistula in transverse colon cancer. *Coloproctology*. 1998;20:168-170.
8. Choi SW, Yang JM, Kim SS, et al. A case of combined gastrojejunal and gastrocolic fistula secondary to gastric cancer. *J Korean Med Sci*. 1996;11:437-9.
9. Gollub MJ, Schwartz LH, Akhurst T. Update on colorectal cancer imaging. *Radiol Clin North Am*. 2007;45:85-118.
10. Duffy MJ. Carcinoembryonic antigen as a marker for colorectal cancer: is it clinically useful?. *Clin Chem*. 2001;47:624-30.
11. Federle MP, Jefferey RB, Woodward PJ, et al. Colon carcinoma. En: Barkovich a, Salzman K, Osborn A. *Diagnostic imaging: Abdomen*. 2ª ed. Canada: Amirsys Publishing Inc; 2010. p 66-73.
12. Laufer I, Joffe N, Stolberg H. Unusual cases of gastrocolic fistula. *Gastrointest radiol*. 1977;2:21-5.
13. Levine MS, Kelly MR, Laufer I. Gastrocolic fistulas: the increasing role of aspirin. *Radiology*. 1993;187:359-61.
14. Oh PI, Zalev AH, Colapinto ND, et al. Gastrocolic fistula secondary to primary gastric lymphoma. *J Clin Gastroenterol*. 1995;20:45-8.
15. Buyukberber M, Gulsen MT, Sevinc A, et al. Gastrocolic Fistula Secondary to Gastric Diffuse Large B-Cell Lymphoma in a Patient With Pulmonary Tuberculosis. *J Natl Med Assoc*. 2009;101:81-3.
16. Odes HS, Shelef I. Gastrocolic Fistula. *J Clin Gastroenterol*. 1998;27:258-9.
17. Jin Joo Y, Hoi Koo J, Hong Song S. Gastrocolic Fistula as a cause of persistent diarrhea in a patient with a gastrostomy tube. *Arch Phys Med Rehabil*. 2010;91:1790-2.
18. Hokama A, Sugama R, Kinjo F, et al. Gastrocolic fistula in Crohn's disease. *Gastrointest Endosc*. 1999;50:387.
19. Khanna MP, Gordon PH. Gastrocolic fistulization in Crohn's disease: a case report and a review of the literature. *Can J Surg*. 2000;43:53-6.
20. Parks RW. Benign gastrocolic fistula associated with peritonitis. *Br J Clin Pract*. 1996;50:118-9.
21. Butensky MS, Falkestein DB. Gastrocolic fistula complicating a benign gastric ulcer. *N Y State J Med*. 1992;92:69-70.
22. Salin RR, Sangal AK, Schubert TT, et al. Gastrocolic fistula with pyloric stenosis and benign gastric ulcer. *South Med J*. 1991;84:665-6.
23. Ghahremani GG, Olsen J. Gastrocolic fistula secondary to diverticulitis of the splenic flexure: report of a case. *Dis Colon Rectum*. 1974;17:98-9.
24. Pitsinis V, Roberts P. Gastrocolic fistula as a complication of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Eur J Clin Nutr*. 2003;57:876-8.

25. Huang SY, Levine MS, Raper SE. Gastrocolic fistula with migration of feeding tube into transverse colon as a complication of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Am J Roentgenol.* 2005;184(3 Suppl):S65-6.
26. Marcy PY, Magné N, Lacroix J, et al. Late presentation of a gastrocolic fistula after percutaneous fluoroscopic gastrostomy. *JBR-BTR.* 2004;87:17-20.
27. Murphy S, Pulliam TJ, Lindsay J. Delayed gastrocolic fistula following percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). *J Am Geriatr Soc.* 1991;39:532-3.
28. Karamercan A, Bostanci H, Aytac B. Gastrocolic fistula as a complication after gastrojejunostomy. *Acta Chir Belg.* 2009;109:104-5.
29. Clark FD. Gastrocolic fistula secondary to right gastroepiploic-coronary artery bypass. *Can J Surg.* 2005;48:417-8.
30. Russell LJ, Kearn GW. Gastrocolic fistula presenting as acute diarrhea. *Am Fam Physician.* 1989;40:223-5.

Correspondencia

Felipe Aluja Jaramillo
Carrera 56B N.º 127-04
Bogotá, Colombia
macario171@gmail.com

Recibido para evaluación: 19 de enero del 2012

Aceptado para publicación: 24 de septiembre del 2012