

Fístula sigmoideo-glútea por diverticulitis. Reporte de una rara complicación

Gerardo Evaristo-Méndez,* Alma Teresa Sánchez-Hernández,* Armando Melo-Velázquez,** Félix Antonio Ventura-Sauceda,* Rogelio Ricardo Sepúlveda-Castro**

Resumen

Introducción: la diverticulitis complicada del colon se caracteriza por su asociación con abscesos, hemorragia, estenosis, perforación, obstrucción o fístula. Reportamos un caso de fístula sigmoideo-cutánea espontánea por diverticulitis a un sitio inusual en la región glútea.

Caso clínico: paciente masculino de 59 años de edad con una lesión inflamatoria en glúteo izquierdo sin respuesta al tratamiento médico conservador. La fistulografía, colonoscopia, colon por enema con bario y tomografía computada demostraron una fístula sigmoideo-cutánea al glúteo izquierdo por diverticulitis. La biopsia de la lesión descartó malignidad. Se realizó de forma electiva sigmoidectomía con anastomosis colo-rectal primaria, fistulectomía parcial e inyección de un sellador de fibrina por el trayecto residual de la fístula.

Discusión: las fístulas colo-cutáneas espontáneas por diverticulitis son relativamente raras. **Reportamos una fístula espontánea con origen en un divertículo único en colon sigmoides, que drenó a través de la fosa piriforme del piso pélvico a la piel del glúteo izquierdo.**

Conclusiones: es necesario un alto índice de sospecha para no confundir las fístulas colo-glúteas con abscesos locales.

Palabras clave: diverticulitis, fístula colo-cutánea.

Abstract

Introduction: The complicated diverticulitis of the colon is characterized by its association with abscesses, bleeding, stenosis, perforation, obstruction or fistula. We report a case of spontaneous sigmoido-cutaneous fistula by diverticulitis to an unusual place in the gluteal region.

Clinical case: A 59-year-old male patient presented an inflammatory wound in left buttock without response to the conservative medical treatment. The fistulography, colonoscopy, barium enema and computed tomography showed a sigmoido-cutaneous fistula to the left buttock by diverticulitis. The biopsy of the lesion ruled out malignancy. It was performed an elective sigmoid resection with primary colorectal anastomosis, partial fistulectomy and injection of a fibrin sealant in the residual tract.

Discussion: The colon-cutaneous fistulas by diverticulitis are relatively rare. We report a spontaneous fistula with origin in a single diverticulum in the sigmoid colon and that drained through the piriform fossa of the pelvic floor to the skin of the left buttock.

Conclusions: It is necessary a high index of suspects for not confuse the colo-buttock fistula with local abscesses.

Key words: diverticulitis, colo-cutaneous fistula.

* Departamento de Cirugía General

** Servicio de Proctología

Hospital Regional “Dr. Valentín Gómez Farías”, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Zapopan, Jalisco, México.

Correspondencia:

Gerardo Evaristo Méndez.

Departamento de Cirugía General, Hospital Regional “Dr. Valentín Gómez Farías”,
Séptimo piso. Av. Soledad Orozco 203, Col. El Capullo, C.P. 45150.
Zapopan, Jalisco, México.
Tel.: (33) 3836 0650, ext. 146
Correo electrónico: gevaristo5@yahoo.com.mx

Recibido para publicación: 23-01-2012

Aceptado para publicación: 12-04-2012

Introducción

La enfermedad diverticular del colon se identifica entre el 12 y 49% de los pacientes mayores de 40 años de edad a quienes se les realiza colon por enema en países occidentales, son asintomáticos a lo largo de sus vidas sin requerir intervención médica alguna.^{1,2} Aunque los divertículos pueden encontrarse en cualquier lugar del colon, el 95% se localizan en colon izquierdo y sigmoides.³ La diverticulitis, definida como inflamación y/o infección asociada con divertículos, afecta entre el 20 y 30% de los pacientes con diverticulosis.⁴ Por lo general, sus síntomas aparecen cuando se presenta micro-perforación o perforación libre de un divertículo inflamado, o incluso en ausencia de inflamación

cuando existe una presión intra-luminal alta. El cuadro clínico de la diverticulitis tiene un espectro de presentación muy amplio, el cual va desde un ataque leve y aislado, hasta una enfermedad severa y recurrente, además, de que en aproximadamente 10 al 25% de los casos los pacientes se presentan con una enfermedad complicada por su asociación con hemorragia, abscesos, inflamación, estenosis, perforación, obstrucción y/o fístula.⁵

Las fístulas secundarias a diverticulitis resultan de la extensión o ruptura de un absceso o flemón diverticular dentro de estructuras anatómicas u órganos adyacentes. Su incidencia, tanto de las espontáneas, como de las consecutivas a un proceso quirúrgico, es de aproximadamente 12%,⁶ con la capacidad de involucrar cualquier estructura pélvica, como la vejiga urinaria, vagina, útero y otros segmentos del colon o ileon, así como el tejido cutáneo de la pared abdominal anterior.⁷

El objetivo del presente artículo es describir la presentación de una fístula colo-cutánea espontánea, por diverticulitis complicada del colon sigmoides, a un sitio inusual en la región glútea.

Caso clínico

El 1 de agosto del 2011, un paciente masculino de 59 años de edad con amiloidosis y disfunción renal crónica fue admitido en nuestro hospital por una lesión inflamatoria asociada con descarga purulenta en el glúteo izquierdo. La lesión fue tratada en otro nosocomio por espacio de casi 10 meses, sin éxito y de manera intermitente, mediante incisión, drenaje, anti-inflamatorios y antibióticos orales. El examen físico reveló un paciente con altura de 161 cm, peso de 74 kg, índice de masa corporal de 28.5 kg/m², frecuencia cardíaca regular de 78 latidos por minuto, presión arterial de 120/70 mmHg y temperatura de 36.2°C. Su cuenta de leucocitos en sangre fue de 9,000/mm³, con 51% de neutrófilos, hematocrito de 34%, hemoglobina de 12.4 mg/dL, glucemia de 134 mg/dL, creatinina plasmática de 2.1 mg/dL y nitrógeno ureico plasmático de 105 mg/dL. En el cuadrante supero-interno del glúteo izquierdo se observó una zona granular con inflamación aguda de área aproximada de 2 cm², la cual contenía 3 orificios de diámetro no mayor a 4 mm cada uno. Esta lesión se encontraba rodeada de una estructura irregular de apariencia mucosa y piel indurada sensible al tacto (Figura 1). El examen físico abdominal, anal y rectal fue normal.

Una historia clínica posterior más detallada evidenció que por la lesión había descarga fecal ocasional de bajo gasto (< 200 ml/día) y expulsión de gases fétidos. Bajo la sospecha de una fístula intestinal se realizó fistulografía con material hidrosoluble, la cual puso de manifiesto una comunicación sigmoideo-cutánea y trayectos secundarios en el tejido graso subcutáneo (Figura 2).



Figura 1. Lesión cutánea en el glúteo izquierdo.

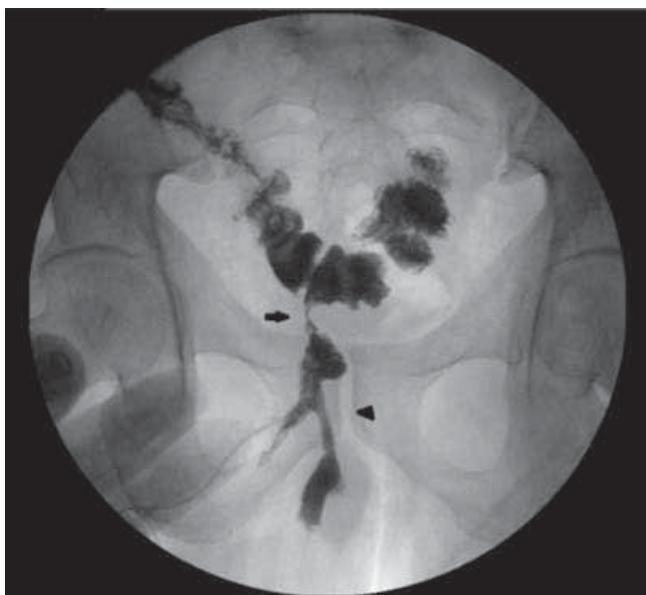


Figura 2. Fistulograma pélvico (vista frontal) que muestra la fístula sigmoideo-glútea (flecha) y trayectos secundarios en partes blandas (punta de flecha).

La colonoscopia flexible reveló un orificio diverticular en colon sigmoides, por el que fluía peróxido de hidrógeno después de haberlo inyectado a través de una de las aberturas cutáneas de la fístula. El diagnóstico de enfermedad de Crohn fue descartado por la apariencia colonoscópica. El colon por enema con bario demostró un divertículo único en colon sigmoides cerca del recto (Figura 3).

En el fistulograma por tomografía computada pélvica se observó la continuidad sigmoideo-cutánea de la fístula, así como ausencia de datos sugestivos de diverticulitis aguda. (Figura 4). La tomografía computada abdominal y pélvica no evidenciaron ninguna colección, pero su valor fue limitado debido a que se realizó sin material de contraste intravenoso por la insuficiencia renal del paciente.



Figura 3. Imagen lateral izquierda del colon por enema simple que muestra sólo un divertículo en colon sigmoídes (flecha).



Figura 4. Imagen tomográfica pélvica axial del fistulograma que muestra el trayecto fistuloso sigmoideo-glúteo (flecha).

Se tomaron biopsias en cada uno de los cuadrantes de la lesión cutánea para descartar malignidad, obteniendo el reporte anatomo-patológico de epitelización de la fístula y tejido de granulación. En el estudio de frotis tinción-Gram

se obtuvieron cocos gram-negativos y en el cultivo del material purulento creció un micro-organismo fecal (*Escherichia coli*).

Dos meses después de la presentación inicial del paciente se realizó cirugía electiva, donde fue evidente la reacción inflamatoria en colon sigmoídes adherida al lado izquierdo del sacro y sobre el músculo coccígeo del piso pélvico. Un trayecto tubular fibroso desde la tumoración, que involucraba la unión recto-sigmoídes retroperitoneal, penetraba a través de la escotadura ciática mayor izquierda en dirección posterior. Se efectuó sigmoidectomía y anastomosis colo-rectal primaria mediante engrapadora circular endorectal. El orificio interno de la fístula se cerró con sutura absorbible, mientras que a partir del orificio externo se realizó fistulectomía parcial en una distancia aproximada de 4 cm en dirección al colon, así como resección de los trayectos secundarios en partes blandas. Posteriormente se efectuó curetaje del trayecto fistuloso restante e inyección por el mismo de un sellador de fibrina (Quixil®; Omrix Biopharmaceuticals Ltd., Tel-Hashomer, Israel). La herida quirúrgica en glúteo se dejó abierta para curar por segunda intención. El reporte anatomo-patológico final describió una diverticulitis complicada con fístula a partir de un divertículo único en el colon sigmoídes.

Discusión

Las fístulas colo-cutáneas por diverticulitis son relativamente raras, con frecuencia aproximada de 5% del total de las fístulas con este origen.⁸ Se presentan casi exclusivamente como complicación de resecciones quirúrgicas previas por diverticulitis o por el drenaje percutáneo de abscesos diverticulares. El caso que reportamos representa una fístula sigmoideo-cutánea espontánea al cuadrante supero-interno del glúteo izquierdo, la cual se originó en un divertículo único. Aunque en la laparotomía se hizo evidente la cronicidad del proceso inflamatorio, en el paciente no se documentaron episodios clínicos previos de diverticulitis aguda o crónica, probablemente debido a que la inflamación intestinal y las perforaciones de colon retroperitoneales a glúteos, cadera, muslo e ingle se acompañan de mínimos o nulos signos y síntomas abdominales.⁹

En general, sólo las fístulas colo-cutáneas que no cierran con tratamiento médico conservador requieren cirugía, pero las que complican la enfermedad diverticular del colon casi siempre requieren de intervención quirúrgica para su cierre, ya que la fibrosis alrededor de suertura, la colonización bacteriana y epitelización de su trayecto predisponen a su cronicidad o recurrencia.^{4,10} Además en principio, el 75% de los pacientes con este tipo de fístulas pueden ser tratados en una sola etapa mediante resección primaria del segmento

colónico afectado para desconectar la fístula, anastomosis primaria colo-rectal y reparación de la estructura anatómica adyacente,¹¹ tal y como se realizó en nuestro paciente después de haber demostrado por clínica, laboratorio y por la tomografía computada que no había inflamación aguda en el colon. Aunque en la actualidad se cuenta con la alternativa del abordaje asistido por laparoscopia para el tratamiento quirúrgico de fístulas por diverticulitis,¹² realizamos la cirugía por el método convencional abierto debido a nuestra falta de experiencia de esta entidad por la vía laparoscópica. Finalmente, se ha reportado que el legrado del trayecto fistuloso reduce su carga bacteriana y re-epitelización, mientras que la aplicación de un sellador biológico de fibrina, en teoría oblitera el espacio muerto, promueve la curación de la fístula, disminuye la tasa de complicaciones relacionadas con su secreción y la aísla de potenciales abscesos subcutáneos.¹³ Por lo tanto, efectuamos un procedimiento similar en nuestro caso, pero con tiempo de seguimiento aún muy corto para valorar su efecto.

Se han reportado fistulas en localizaciones inusuales, dentro y fuera de la pelvis, asociadas con diverticulitis del sigma como, por ejemplo: hacia el apéndice cecal, trompas de Falopio y uréter.¹⁴⁻¹⁶ También se han descrito fístulas complejas que afectan los huesos de la cadera, vena mesentérica inferior, vena porta, espacio epidural y la vía biliar.¹⁷⁻¹⁹ De igual forma es raro el hallazgo de fístulas colo-cutáneas espontáneas por diverticulitis del colon sigma fuera de la pared abdominal anterior. Así, Green y Joypaul⁸ describieron una fístula de este tipo a la región lumbar derecha, Drabble y Greatorex²⁰ a la fosa poplítea y Weyand et al.,²¹ a la piel perianal.

Documentamos de la bibliografía médica cuatro casos de fístulas sigmoideo-glúteas por enfermedad diverticular complicada. En 1964, Goldfarb et al.,²² reportaron el caso clínico de un paciente con una fístula sigmoideo-sacra que se abrió en la piel del glúteo izquierdo. En 1975, Meyers y Goodman²³ describieron dos pacientes con fístulas, una mujer de 75 años con trayecto fistuloso a lo largo de la arteria glútea superior, con origen en el colon sigmoideo, a un absceso localizado en el glúteo derecho, así como un hombre de 57 años donde la fístula se dirigía, a través del músculo piriforme, a la región glútea izquierda con extensión a la articulación de la cadera del mismo lado. En ambos casos, el diagnóstico radiológico se realizó mediante fistulografía y colon por enema baritado. Recientemente, Fehemer et al.,²⁴ reportaron una lesión cutánea de 5 × 8 cm en el glúteo derecho, la cual fue tratada inicialmente como un absceso local en una mujer de 57 años. Un estudio contrastado de imágenes por resonancia magnética demostró una fístula que inició en recto-sigma, tomó una trayectoria posterior por debajo del sacro y atravesó el músculo piriforme con afectación del nervio ciático. La recto-sigmoidoscopia

reveló una extensa enfermedad diverticular del colon sigmoideo sin signos macroscópicos de diverticulitis; la fístula no pudo ser demostrada endoscópicamente. Los autores enfatizaron que el diagnóstico diferencial de una lesión glútea purulenta y recurrente, debería incluir principalmente a la fistulización y la subsecuente formación de un absceso secundaria a una colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn o enfermedad diverticular complicada.

La ruta exacta por la que las inflamaciones y/o infecciones para-cólicas retroperitoneales por delante del sacro se diseminan fuera de la pelvis. La escotadura ciática mayor se encuentra atravesada en su centro por el músculo piriforme, el cual la divide en dos compartimentos, la fosa supra-piriforme y la infra-piriforme. El nervio ciático cursa a través de la porción lateral e inferior de la escotadura, mientras que las venas y arterias glúteas superiores e inferiores lo hacen por la parte más cefálica de la misma después de perforar la fascia endopélvica. De acuerdo con Stahlgren y Thabit,²⁵ el proceso inflamatorio o absceso para-sigmoideo en el piso pélvico se extenderá por alguna de las fosas mencionadas, principalmente la superior, a lo largo de vasos sanguíneos y nervios que se dirigen al tejido subcutáneo de los glúteos. Esto es así debido a que la fascia de revestimiento de los músculos piriformes, de los vasos glúteos y de los glúteos forma una vía anatómica continua. A causa de las variantes en la posición, longitud y redundancia del colon sigmoideo, las perforaciones en este sitio pueden extenderse al lado opuesto del que ordinariamente se espera.

Conclusiones

Reportamos un caso raro de diverticulitis crónica complicada por una fístula espontánea sigmoideo-glútea. Un alto índice de sospecha, acompañado de un examen abdominal completo en busca de una enfermedad subyacente, es necesario para no confundir esta fístula con un absceso local recurrente del glúteo. Aconsejamos su tratamiento por intervención quirúrgica debido a la alta probabilidad de persistencia con el tratamiento médico conservador.

Referencias

1. Delvaux M. Diverticular disease of the colon in Europe: epidemiology, impact on citizen health and prevention. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;18(Suppl 3):71-74.
2. Pautrat K, Bretagnol F, Huten N, de Calan L. Acute diverticulitis in very young patients: a frequent surgical management. *Dis Colon Rectum* 2006;50(4):472-477.
3. Touzios JG, Dozois EJ. Diverticulosis and acute diverticulitis. *Gastroenterol Clin North Am* 2009;38(3):513-525.
4. Bordeianou L, Hodin R. Controversies in the surgical management of sigmoid diverticulitis. *J Gastrointest Surg* 2007;11(4):542-548.

5. Dozois EJ. Operative treatment of recurrent or complicated diverticulitis. *J Gastrointest Surg* 2008;12(8):1321-1323.
6. Wolff BG, Devine RM. Surgical management of diverticulitis. *Am J Surg* 2000;166(2):153-156.
7. Bahadursingh AM, Virgo KS, Kaminski DL, Longo WE. Spectrum of disease and outcome of complicated diverticular disease. *Am J Surg* 2003;186(6):696-701.
8. Green BR, Joypaul V. Left sided diverticulitis presenting as a right lumbar fistula: a case report. *Cases J* 2009;2:7146.
9. Psarras K, Symeonidis NG, Pavlidis ET, Micha A, Baltatzis ME, Lalountas MA, et al. Current management of diverticular disease complications. *Tech Coloproctol* 2011;15(Suppl 1):S9-S12.
10. Frattini J, Longo WE. Diagnosis and Treatment of Chronic and Recurrent Diverticulitis. *J Clin Gastroenterol* 2006;40(Suppl 3):S145-S149.
11. Place RJ, Simmang CL. Diverticular disease. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2002;16(1):135-148.
12. Belmonte-Montes C, Guerrero-Guerrero VH, Pérez-Aguirre J, Cosme-Reyes C, Fernández-Domínguez P. Sigmoidectomy laparoscópica manualmente asistida en el manejo de fistulas secundarias a enfermedad diverticular complicada. Una alternativa segura. *Cir Gen* 2009;31(3):175-179.
13. Avalos-González J, Portilla-deBuen E, Leal-Cortés CA, Orozco-Mosqueda A, Estrada-Aguilar MC, Velázquez-Ramírez GA, et al. Reduction of the closure time of postoperative enterocutaneous fistulas with fibrin sealant. *World J Gastroenterol* 2010;16(22):2793-2800.
14. van Hillo M, Fazio VW, Lavery IC. Sigmoidoappendiceal fistula-An unusual complication of diverticulitis. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1984;27(9):618-620.
15. Williams SM, Nolan DJ. Colosalpingeal fistula: a rare complication of colonic diverticular disease. *Eur Radiol* 1999;9(7):1432-1433.
16. Maeda Y, Nakashima S, Misaki T. Ureterocolic fistula secondary to colonic diverticulitis. *Int J Urol* 1998;5(6):610-612.
17. Nuño-Guzmán CM, Hernández-Carlín JM, Almaguer FI. Colovesical, coloenteric, colocutaneous fistula, and hip septic arthritis secondary to sigmoid diverticulitis. *Int J Colorectal Dis* 2010;25(6):793-794.
18. Smith HJ, Berk RN, Janes JO, Clayton RS, Williams JL. Unusual fistulae due to colonic diverticulitis. *Gastrointest Radiol* 1978;2(1):387-392.
19. Blanco-Benavides R, Rodríguez-Jerkov J. Sigmoid-biliary fistula: a rare complication of colonic diverticulitis. *Am J Gastroenterol* 1992;87(6):810-811.
20. Drabble EH, Greatorex RA. Colocutaneous fistula between the sigmoid colon and popliteal fossa in diverticular disease. *Br J Surg* 1994;81(11):1659.
21. Weyand G, Rinast E, Englert A, Houf M. Sigmoidoperianal fistula associated with diverticulitis and Cul de Sac situation-diagnostics and therapy. *Zentralbl Chir* 2002;127(7):622-625.
22. Goldfarb WB, Monafo W, McAlister WH. Clinical value of fistulography. *Am J Surg* 1964;108(6):902-906.
23. Meyers MA, Goodman KJ. Pathways of extrapelvic spread of disease: Anatomic-radiologic correlation. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1975;125(4):900-909.
24. Fehmer T, Citak M, Schildhauer TA. Sigmoido-gluteal fistula-a rare complication in clinically asymptomatic chronic diverticulitis. *Acta Chir Belg* 2011;111(4):232-235.
25. Stahlgren LH, Thabit G. Subcutaneous Emphysema: An Important Sign of Intra-abdominal Abscess. *Ann Surg* 1961;153(1):126-133.