

Fístula renocólica secundaria a adenocarcinoma de colon

Manzanilla-García HA,¹ Sánchez-Alvarado JP,² Rosas-Nava JE,² Soto-Abraham V.³



■ RESUMEN

Introducción: El desarrollo de una fistula renocólica es un suceso infrecuente. Se han reportado un poco más de 100 casos en la bibliografía. Los síntomas son inespecíficos e insidiosos. El diagnóstico se establece con estudios radiológicos y el tratamiento es casi siempre quirúrgico.

Objetivo: Presentar un caso de fistula renocólica secundaria a un adenocarcinoma de colon, ya que su presentación es muy rara.

Conclusiones: La fistula renocólica es una entidad que se presenta sólo de forma ocasional; sin embargo, es importante conocer con qué cuadro clínico aparece, de tal manera que pueda tenerse una sospecha diagnóstica y se realice un abordaje diagnóstico y terapéutico adecuado. El pronóstico depende de la enfermedad que dio origen a la fistula.

Palabras clave: fistula renocólica, adenocarcinoma, colon, México.



■ ABSTRACT

Introduction: The development of renocolic fistula is rare. A little over 100 cases have been reported in the literature. Symptomatology is insidious. Diagnosis is made by means of radiologic studies and management is generally surgical.

Objective: The objective of this article is to present a rare case of renocolic fistula secondary to colon adenocarcinoma.

Conclusions: Renocolic fistula is rare. However it is important to be aware of its possible symptoms so that there can be diagnostic suspicion resulting in adequate diagnosis and treatment. Prognosis is dependent on the disease causing the fistula.

Key words: renocolic fistula, adenocarcinoma, colon.



¹ Jefe del Servicio de Urología, Hospital General de México 2, Médico residente del Servicio de Urología, Hospital General de México 3 Médico adscrito al Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General de México

Correspondencia: Dr. Hugo Arturo Manzanilla García. Querétaro 147-401, Col. Roma, México, D.F. Teléfono: 5584 9000. Correo electrónico: hamanzanilla@gmail.com

■ INTRODUCCIÓN

El desarrollo de una fistula renocólica es un episodio infrecuente. Se han publicado poco más de 100 casos en la bibliografía.¹⁻⁵ Es más frecuente la afectación del colon ascendente y del descendente. El mayor número de comunicaciones refiere al lado izquierdo como el más afectado.⁵⁻¹⁰ En 10% de los casos se extiende al plano cutáneo.¹¹⁻¹⁴ El diagnóstico se establece mediante estudios radiológicos y el control exige por lo general medidas quirúrgicas.^{1-4, 6, 8, 15-21}

■ CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 50 años de edad con antecedentes de tabaquismo (cinco cigarrillos diarios por 25 años), sin otros antecedentes notificados. Inició su padecimiento nueve meses antes del ingreso, caracterizado por astenia, adinamia e hiporexia. Dos meses después presentó tos húmeda, en accesos, con expectoración amarillenta no cianótica, dolor torácico y fiebre. Se le trasladó a otra institución pública, donde recibió tratamiento para un cuadro de neumonía. Durante la estancia intrahospitalaria desarrolló una masa en la región lumbar derecha, la cual presentaba aumento paulatino de tamaño hasta alcanzar dimensiones de 12 x 10 cm por debajo del reborde costal en referencia a las líneas medioclavicular y axilar anterior, con bordes mal delimitados, dolorosa a la palpación y con salida de exudado amarillo. Esta masa era fétida, con orificio fistuloso en la región lumbar derecha y cierre espontáneo posterior. Se atendió en forma ambulatoria, con tratamiento médico oral. Presentó deterioro progresivo del estado general y recidiva del orificio fistuloso. Cinco meses después experimentó evacuaciones líquidas: 10 a 12 en 24 horas, no fétidas, sin presencia de moco ni sangre, y pérdida de peso de 25 kg desde el inicio del padecimiento. Una semana antes del ingreso mostró agudización del cuadro y se agregó náusea y vómito, así como síntomas urinarios de almacenamiento. Acudió al servicio de urgencias del Hospital General de México, donde a la exploración se identificó a un individuo consciente, deshidratado, caquético, con abdomen en batea y aumento de la frecuencia de ruidos peristálticos; se palpó una masa en el flanco e hipocondrio derechos de aproximadamente 10 x 10 cm por debajo del reborde costal, indurada, no dolorosa, fija y sin cambios de coloración en la piel. Las pruebas de laboratorio fueron las siguientes: leucocitos, 6,900/dL; hemoglobina, 6.8 g; hematocrito, 22%; plaquetas, 196,000/dL; glucosa, 116 mg/mL; nitrógeno ureico sanguíneo, 7.3 mg/mL; creatinina, 1.02 mg/mL; urea, 32 mg/mL; Na, 135 mEq/L; K, 1.67 mEq/L; Cl, 109 mEq/L; Ca, 6.6 mEq/L; proteínas, 4.72 mg/mL; albúmina, 1.39 mg/mL; BT, 1.1 mg/mL; TGO, 29 UI/dL; TGP, 6 UI/dL; FA, 404 UI/dL; DHL, 533 UI/dL; TP, 20 seg; TPT, 35 seg; Ac. anti-HIV,

1/2 negativos; EGO, normal. La tomografía helicoidal de abdomen en fase de contraste oral mostró el paso del medio de contraste a cavidades renales superiores con nivel hidroáereo evidente (**Imagen 1**), que confirmó el orificio fistuloso de colon a riñón en la fase de contraste intravenoso (**Imagen 2**). La colonoscopia mostró tejido de neiformación en la unión del colon ascendente con el transverso, irregular, exofítico, con múltiples áreas de necrosis. El estudio histopatológico de la biopsia reveló adenocarcinoma moderadamente diferenciado de colon. El paciente presenta durante la estancia hospitalaria deterioro de su estado general y fallece antes de instituir el tratamiento definitivo.

Se realizó la necropsia que confirmó el diagnóstico clínico y radiológico y se identificó un trayecto fistuloso entre el colon y el riñón derecho (**Imagenes 3 y 4**). A la revisión microscópica de la pieza se evidenció un adenocarcinoma originado en el epitelio de la mucosa de colon con invasión del parénquima renal.

■ DISCUSIÓN

La comunicación fistulosa entre el aparato urinario y el tracto gastrointestinal se puede presentar en diferentes sitios anatómicos de las vías urinarias, desde el riñón hasta la uretra, incluidos la pelvis renal, uréter y vejiga.^{19,22-25} En 1960, Hobson describió por primera vez las fistulas renocólicas; este especialista notificó el primer caso del aparato urinario al tracto intestinal secundario a tuberculosis.¹² Las fistulas se pueden clasificar en traumáticas y espontáneas. Los casos de origen traumático son invariablemente yatrógenos, consecutivos a procedimientos abiertos o percutáneos. Los espontáneos casi siempre se presentan como efecto de proceso inflamatorio infeccioso o secundario a neoplasias. Las entidades clinicopatológicas más frecuentes que dan origen a este tipo de fistulas son la tuberculosis genitourinaria y pionefrosis con cálculos.^{1-3, 7, 9, 10, 12-17, 19, 21} El origen en el tracto gastrointestinal es menos frecuente respecto del aparato urinario y se ha reportado el compromiso del intestino delgado, colon ascendente, transverso, descendente y recto sigmoide.¹⁰ Las afecciones que producen este tipo de fistula son de tipo neoplásico y enfermedad diverticular de colon.^{15, 23} Brust publicó en 1974 un caso cuyo origen fue una neoplasia de colon, tal y como es este caso.²³ La secuencia fisiopatológica de la formación de la fistula se debe al desarrollo de un proceso inflamatorio agudo con formación de absceso que drena de manera espontánea al órgano contiguo, frecuentemente infiltrado con el proceso inflamatorio. La relación anatómica natural entre el tracto urinario y el colon da lugar a que la presentación de los trayectos fistulosos sea más frecuente en el colon ascendente y descendente cuando la comunicación con el aparato urinario afecta a las vías urinarias superiores. En cuanto a la frecuencia

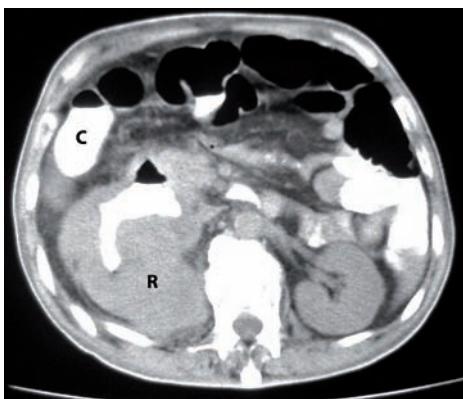


Imagen 1. Tomografía de abdomen con contraste oral. Paso del medio de contraste a las cavidades renales y nivel hidroáereo en colon.

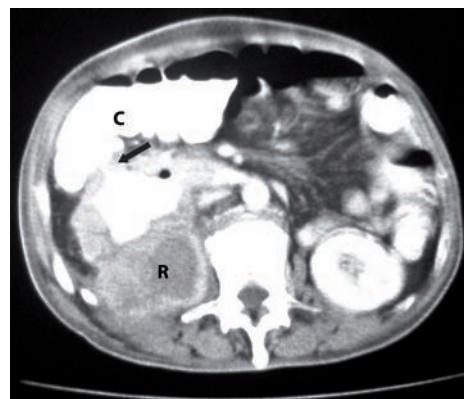


Imagen 2. Tomografía de abdomen con contraste oral e intravenoso que muestra un trayecto fistuloso evidente.

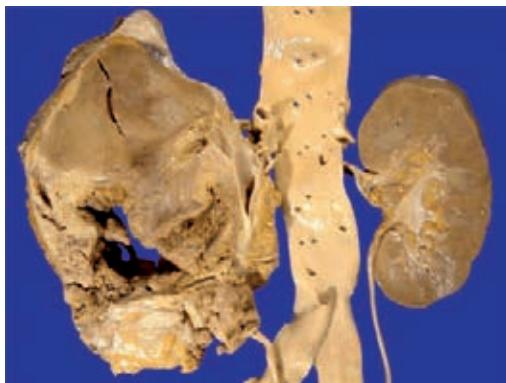


Imagen 3. Superficie de corte de una pieza de necropsia. Neoplasia que ocupa la luz del colon, adherida y abierta a parénquima y cavidades del riñón derecho.

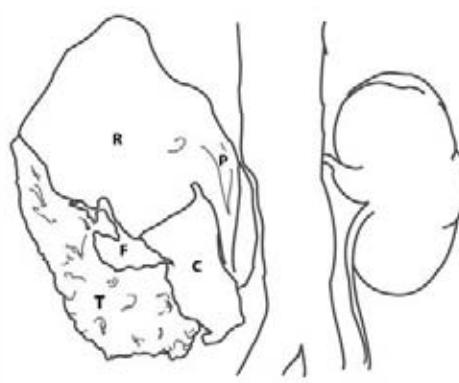


Imagen 4. Esquema de la superficie de corte de necropsia. R, riñón; C, colon; P, pelvis renal; T, tumor; F, fistula renocólica.

de presentación de un lado afectado u otro, la mayor parte de los reportes de las fistulas renocólicas refiere que el más comprometido es el lado izquierdo, un suceso que puede explicarse por la distribución anatómica natural de los focos primarios del cáncer colónico en ese lado. En el caso presente, la afección se localizó en el colon ascendente. Cuando se compromete el sigma con la vejiga, la causa más común de esta anomalía es la enfermedad diverticular.^{1,5,10,22} La presentación clínica de las fistulas renocólicas puede ser muy variable, incluidos los síntomas generales como pérdida de peso progresiva, astenia, adinamia, hiporexia y deshidratación. También son posibles síntomas gastrointestinales, como despeños diarreicos persistentes, dolor y distensión abdominal, aumento de la frecuencia de las evacuaciones, tenesmo rectal y, en raras ocasiones, inicio

con abdomen agudo secundario a obstrucción intestinal.³ También puede haber signos urinarios, entre ellos neumaturia, fecaluria y en 10% de los casos se presenta conertura y cierre espontáneos de la fistula a piel.^{1,2,6,14,19} En la serie que presentó Vidal en 1995 se indicó que la presencia de enfermedad neoplásica puede dificultar el diagnóstico.¹⁹ El caso descrito aquí se presentó con una masa en la región lumbar derecha, con signos de neumonía y diarrea crónica, lo cual llevó a sospechar HIV de forma inicial, pero las pruebas de laboratorio apropiadas descartaron esa posibilidad. El diagnóstico se establece por medio de estudios de imagen, si bien son útiles la colonografía con enema y la pielografía retrógrada en las cuales se evidencia el paso del medio de contraste entre las cavidades y el colon, aunque en algunas ocasiones esto no se logra observar.^{4,8,24} La tomografía

computarizada es un estudio de gran definición; tal y como lo señalaron Blatstein y Parvey, es posible identificar la fistula, el paso del medio de contraste del colon a las cavidades renales y los niveles hidroaéreos, así como la inflamación perinefrítica que se extiende hasta el colon, lo cual se pudo advertir en este caso.^{2,4} Cuando ocurre la extensión a piel, la fistulografía es una excelente herramienta.^{1-4,6,8,16,17,21} Por lo general, el control de las anomalías originadas por instrumentación es conservador; sin embargo, en el resto de los casos el tratamiento siempre es quirúrgico y es necesario realizar la nefrectomía y la resección intestinal con anastomosis primaria. En este caso, debido a las malas condiciones en las que se encontraba el paciente, no fue posible llevar al sujeto al quirófano y practicar la operación ya comentada. En el caso de pacientes con tuberculosis se debe instituir tratamiento antituberculoso.^{1-3,5-8,10-12,14,16,17,20,21} Se ha descrito un tratamiento laparoscópico (nefrectomía y cierre de fistula).¹⁸ El pronóstico depende de la causa, la duración de la enfermedad, el grado de deterioro renal y las condiciones generales del paciente.¹

■ CONCLUSIÓN

La fistula renocólica es una entidad que se presenta de modo muy infrecuente. Es importante conocer los posibles cuadros clínicos de esta afección para tener un gran índice de sospecha diagnóstica y realizar un abordaje diagnóstico y terapéutico adecuado. Por último, debe recordarse que el pronóstico depende de la enfermedad subyacente a la fistula.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mander B, Menzies D, Motson R. Reno-colic fistula. *J R Soc Med* 1993; 86:601-602.
2. Blatstein L, Ginsberg P. Spontaneous renocolic fistula: a rare association with renal cell carcinoma. *J Am Osteopath Assoc* 1996;96(1):57-59.
3. Alster C, Zantut L, Lorenzi F, Marchini G, et al. An unusual case of pneumoperitoneum: nephrocolic fistula due to a giant renal staghorn calculus. *Br J Radiol* 2007;80(949):e1-3.
4. Parvey H, Cochran S, Payan J, Goldman S, et al. Renocolic fistulas: complementary roles of computed tomography and direct pyelography. *Abdom Imaging* 1997;22:96-99.
5. Davillas N, PAnayotidis N, Thanos A, Scouteris M. Spontaneous renocolic fistula from lithiasic pyonephrosis. *J Urol* 1981;87(5):269-272.
6. Cohen E, Greenstein A, Katz S. Nephro colo cutaneous fistula: use of CT scan to aid diagnosis. *Comput Radiol* 1983;7(5):291-294.
7. Morozumi M, Ogawa Y, Fukushima T, Murata M, et al. Renocolic fistula complicated by a renal stone: report of two cases. *Hinyokika Kiyo* 1986;32(4):581-585.
8. Bretagne MC, Bernard C, Canel MA, Dulucq P, et al. Reno colonic fistula complicating vesicorenal reflux and xanthogranulomatous pyelonephritis in a 20-month-old child. *J Radiol* 1989;70(8-9):483-486.
9. Connor J, Schwartz M, Lehrhoff B. Nephrocolic fistula in association with a staghorn calculus discovered intraoperatively. *Int Urol Nephrol* 1991;23(2):113-116.
10. el Otmany A, Hamada H, Hachi H, Benielloun S, et al. Reno-sigmoid fistula in a tuberculous pelvic ectopic kidney. *Prog Urol* 1999;9(1):122-124.
11. Benchekroun A, Nouini Y, Zannoud M, Ahmed el A, et al. Cutaneo-reno-colonic fistula in tubercular kidney with staghorn calculus: report of a case. *Ann Urol* 2002;36(6):361-364.
12. Hobson S, Munyan E. Renocolic fistula: report of a case due to tuberculosis. *J La State Med Soc* 1960;112:350-353.
13. Brown R. Spontaneous nephrocolic fistula. *Br J Urol* 1966;38(5):488-491.
14. Gibbons R, Schmidt J. Reno-colic and reno-colic-cutaneous fistula: report of 3 cases. *J Urol* 1965;94(5):520-527.
15. Gimenez E, Raman J, Lieberman M, Vaughan E. Cutaneous renocolic fistula associated with diverticulitis. *Can J Urol* 2008; 15(4):4191-4193.
16. Hemal A, Gupta N, Wadhwa S, Songra M, et al. Primary repair of colorenocutaneous fistula in patients with genitourinary tuberculosis. *Urol Int* 1994;52(1):41-44.
17. van Wessel K, van Brummelen N, Lange J. Cutaneous nephrocolonic fistula as a consequence of a kidney stone. *South Med J* 2000;93(9):933-935.
18. Bachelier M, Carteron M, Gazaigne J, Mornet M, et al. A case of renocolic fistula complicating xanthogranulomatous pyelonephritis treated by laparoscopy. *Prog Urol* 2004;14(1):67-69.
19. Vidal Sans J, Reig Ruiz C. Urodigestive fistulae: the diagnosis and treatment of 76 cases. *Arch Esp Urol* 1995;48(3):241-246.
20. Tsujimoto Y, Oka T, Arai T, Miki T, et al. Renocolic fistula: a case report. *Hinyokika Kiyo* 2000;46(6):409-412.
21. Fariña L, Pesqueira D, Álvarez C, Zungri E. Pielonefritis xantogranulomatosa difusa con fistula renocolica inadvertida durante más de dos años. *Act Urol Esp* 2004;28(7):553-555.
22. Swersie A, Bukanz S. A case of right reno-colic fistula. *J Urol* 1965;93:336-337.
23. Brust R, Morgan A. Renocolic fistula secondary to carcinoma of the colon. *J Urol* 1974;111(4):439-440.
24. Tundidor A. A renocolic fistula diagnosed by retrograde pyelography. *Arch Esp Urol* 1999;52(7):788-790.
25. Tsuchiya T, Yoh M, Ito Y, Ban Y. Primary adenocarcinoma of the renal pelvis with a pyeloduodenal fistula: a case report. *Hinyokika Kiyo* 2001;47(6):421-423.