

FORMACIÓN DE FÍSTULA ENTRE HEMATOMA RETROPERITONEAL Y COLON ASCENDENTE TRAS NEFRECTOMÍA: UNA CAUSA RARA DE SANGRADO BAJO GASTROINTESTINAL.

FISTULA FORMATION BETWEEN RETROPERITONEAL HEMATOMA AND ASCENDING COLON AFTER NEPHRECTOMY: RARE CASE OF LOWER GASTROINTESTINAL BLEEDING.

Á. Martínez-Herreros, R. Carreño-Macián

Hospital San Pedro de Logroño. La Rioja.

Resumen

Las fístulas intestinales constituyen una temida complicación del postoperatorio de cirugía abdominal que puede afectar a pacientes de cirugía, urología o ginecología. Las manifestaciones clínicas pueden ser variadas, pero no es frecuente que la rectorragia se presente como primer síntoma.

Exponemos el caso de un paciente con rectorragia como primera manifestación de fístula entre hematoma retroperitoneal y colon ascendente tras una nefrectomía.

Palabras clave: fístula, colon, nefrectomía, hematoma, retroperitoneo.

Abstract

Intestinal fistulas are a feared complication of the postoperative abdominal surgery and they can occur in gastrointestinal, urological or gynecological surgeries. Clinical manifestations may be varied but rectal bleeding usually does not appear as the first symptom.

Next we report the case of a patient with rectal bleeding as the first manifestation of a fistula, located between a retroperitoneal hematoma and the ascending colon, and appeared after a nephrectomy.

Keywords: fistula, colon, nephrectomy, hematoma, retroperitoneum.

CORRESPONDENCIA

Ángela Martínez Herreros
Hospital San Pedro
26006 Logroño (La Rioja)
amartinezh@riojasalud.es

Fecha de envío: 23/04/2019

Fecha de aceptación: 26/05/2019

Introducción

Tras cualquier cirugía abdominal pueden aparecer fístulas intestinales como complicación. Conllevan una alta morbimortalidad debido a las implicaciones locales y sistémicas que pueden derivarse de las mismas. Las manifestaciones clínicas pueden ser variadas

tales como fiebre elevada, dolor lumbar o peritonismo; pero no es frecuente que la rectorragia se presente como primer síntoma.

Su manejo puede ser conservador o precisar nueva intervención quirúrgica, lo que empeora el pronóstico de manera significativa.

Exponemos el caso de un paciente con rectorragia como primera manifestación de fístula entre hematoma retroperitoneal y colon ascendente tras una nefrectomía.

Caso clínico

Varón de 79 años con antecedentes de HTA, DLP, EPOC moderado y último ingreso un mes antes por nefrectomía derecha laparoscópica por carcinoma renal de células claras que presentó como complicación un hematoma en fosa renal en resolución al alta. Acudió a Urgencias por rectorragia franca en varias ocasiones durante las últimas 24 horas acompañada de astenia e hiporexia. A su llegada a Urgencias destacaba palidez cutánea y TA 102/65 pero con exploración abdominal normal. La analítica reveló: urea 171 mg/dL, creatinina 2,28 mg/dL, Hb 10,1 g/dL, Hto 31,5%, leucocitos 8.200/uL, PCR 203 mg/L, INR 1,15. Ingresó en el Servicio de Aparato Digestivo donde se realizó colonoscopia con los siguientes hallazgos: orificio fistuloso de unos 9 mm de diámetro, ulcerado con presencia fibrina situado en colon ascendente; se utilizaron tres clips metálicos para su cierre y como marcaje de la zona. Ante estos hallazgos se realizó TC abdominal urgente que reportó: nefrectomía derecha. Clips metálicos en colon derecho. Gran colección con nivel hidroaéreo en topografía retroperitoneal del flanco derecho, que alcanza un diámetro máximo de 13,5 cm de diámetro. Dicha colección puede tener relación con los clips de colon ascendente. La colección se extiende caudalmente y levemente hasta FID, observando aire anterior al psoas derecho. La parte más craneal de la colección alcanza espacio de Morrison. Posibles restos del hematoma (Figuras 1 y 2).



Figura 2 Contacto de la colección con los clips colocados en colon derecho mediante colonoscopia.

Se contactó con Urología y Cirugía General decidiendo drenaje de la colección por radiología intervencionista obteniendo contenido hemático maloliente; se aisló en el cultivo *Escherichia coli* sensible a amoxicilina-clavulánico. La evolución no fue buena con escasa mejoría de la colección por lo que finalmente se decidió intervención quirúrgica para realizar colectomía derecha, anastomosis ileocólica L-L y drenaje del hematoma. El postoperatorio cursó favorablemente con una marcada reducción del tamaño de la colección la cual pasó de medir 9x13 cm a medir 3x6 cm (Figuras 3 y 4). Sin embargo, veinte días después el paciente comenzó con empeoramiento respiratorio debido a reagudización de EPOC por encamamiento con infección respiratoria añadida, reagudización de insuficiencia renal crónica y FA a unos 115 lpm por lo que finalmente el paciente falleció.

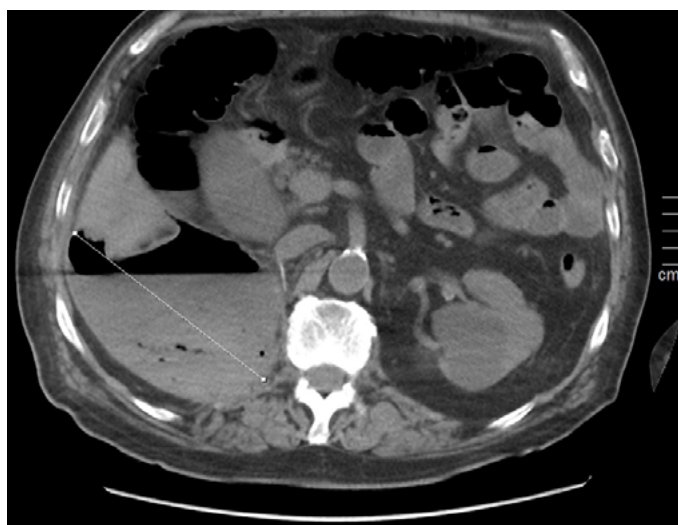


Figura 1 Colección en retroperitoneo derecho con nivel hidroaéreo.



Figura 3 Drenaje sobre la colección colocado quirúrgicamente.



Figura 4
Disminución significativa del tamaño de la colección tras el abordaje quirúrgico.

Discusión

Las fístulas intestinales pueden aparecer en el postoperatorio de cualquier cirugía abdominal y constituyen una temida complicación¹. Frecuentemente, los pacientes afectados precisan ingresos prolongados y elevados costes de atención ya que se asocian a complicaciones hidroelectrolíticas y ácido base importantes, con grados variables de desnutrición y una elevada morbimortalidad².

De las intervenciones urológicas realizadas con técnica laparoscópica, la nefrectomía es una de las más comúnmente practicadas. Existen pocas complicaciones específicas de la laparoscopia y el riesgo de que éstas ocurran, es muy bajo: se estima que en sólo 0,3 a 3 de cada 1.000 intervenciones se presenta una complicación grave, como lesión vascular o intestinal³. La aparición de fístulas como complicación ha disminuido en su frecuencia significativamente. La estrecha relación anatómica entre el aparato digestivo y el urinario hace posible la lesión iatrogénica digestiva al abordar el riñón generalmente por vía percutánea⁴. Las manifestaciones clínicas son variables y los síntomas dependen de los órganos intercomunicados, del tamaño de la fístula, de la función renal, etc. Habitualmente suele presentarse con dolor lumbar, fiebre elevada, signos y síntomas de peritonismo y de inflamación del psoas. La rectorragia como presentación clínica es excepcional.

En el caso presentado no se constata lesión del colon en el momento de la cirugía laparoscópica por lo que pudo ser el gran hematoma abdominal el que condicionara la formación de la fístula colónica, al igual que se forman en las fístulas aortoentéricas por hematomas perianeurismáticos⁵.

El abordaje de estos casos puede ser conservador bien sea con tratamiento endoscópico o mediante drenaje de las colecciones, reposición de la volemia y cierre espontáneo de la fístula; o puede precisarse intervención quirúrgica⁶⁻⁸. En nuestro caso se optó por el primero debido a la comorbilidad del paciente, pero finalmente precisó de colectomía derecha y drenaje quirúrgico por la escasa mejoría de la colección. Como hemos mencionado, las fístulas intestinales implican una importante morbimortalidad y en el caso presentado el paciente falleció debido a la larga estancia hospitalaria y a las complicaciones que acontecieron.

Bibliografía

1. Schecter WP, Hirshberg A, Chang DS, Hobart WH, Napolitano LM, Wexner SD et al. Enteric Fístulas: Principles of Management. *J Am Coll Surg* 2009;209:484-91.
2. Irls JA, Torres C. Fístula enteral; manejo clínico. *Nutr Clin Med* 2008;2:12-22.
3. Castillo O. Complications in laparoscopic nephrectomy. *Actas Urol Esp.* 2006 Sep;30(8):812-8
4. Iwamoto Y, Kato M. A case with fistula formation between a perinephric retroperitoneal abscess, a ureter and a descending colon: Successful outcome after conservative management. *Can Urol Assoc J.* 2014 Sep;8(9-10):E644-6.
5. Kazuhiro K, Suzuki S, Shimamura Y. Fistula formation between perianeurysmal hematoma and sigmoid colon: rare cause of lower gastrointestinal bleeding. *Dig Endosc.* 2015 Jul;27(5):631-2.
6. Singh RR, Nussbaum JS, Kumta NA. Endoscopic management of perforations, leaks and fistulas. *Transl Gastroenterol Hepatol.* 2018 Oct 31;3:85.
7. Cho J, Sahakian AB. Endoscopic Closure of Gastrointestinal Fistulae and Leaks. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2018 Apr;28(2):233-249
8. Grainger JT, Maeda Y, Donnelly SC, Vaizey CJ. Assessment and management of patients with intestinal failure: a multidisciplinary approach. *Clin Exp Gastroenterol.* 2018 Jun 12;11:233-241