

Cierre de fístula ureterointestinal por vía endoscópica (parche mucoso)

Autores Estyvaes Curbata¹ , José Soto²

Afiliación 1. Residente de Segundo año de gastroenterología del Centro Médico Docente la Trinidad. Caracas, Venezuela.
2. Gastroenterólogo del Centro médico Docente la Trinidad. Caracas, Venezuela.

Autora de Correspondencia: Estyvaes Curbata Correo: esty9129@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6706-1962>

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2023; 77(4): 183-186.
© Los Autores. Caracas, Venezuela - ISSN 2477-975X.
<https://doi.org/10.61155/2023.77.4.006>



Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo los términos de la [Licencia Creative Commons Attribution \(CC BY\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Fecha de recepción: 20/08/2023

Fecha de revisión: 27/09/2023

Fecha de aprobación: 18/10/2023

Resumen

Las fistulas son comunicaciones anormales entre dos superficies epitelizadas. Debido a la proximidad entre el tracto digestivo y el urinario, no es infrecuente la afectación del tracto urinario por enfermedades digestivas y viceversa. La literatura con respecto a este punto es escasa lo cual representa un reto en cuanto a diagnósticos y tratamiento de estas situaciones. Se presenta el caso de paciente femenino de 79 años de edad, con diagnóstico de adenocarcinoma de unión rectosigmoidea (neoplasia mucosa), quien recibió radioterapia más quimioterapia; donde se realiza resección anterior baja más coloproctostomía más confección de ileostomía protectora con lesión incidental de uréter izquierdo porción media que amerita colocación de catéter doble J complicada con infecciones urinarias recurrentes. Se planificó retiro de catéter doble jota izquierdo solicitándose urotomografía donde se observa paso del contraste iodado de uréter izquierdo a colon y recto, estableciendo el diagnóstico de fístula ureterointestinal, resolviendo dicha fístula por vía endoscópica realizándose cierre mucoso con argón plasma y hemoclips lo cual se realiza sin complicaciones observando cierre completo del orificio.

Palabras clave: adenocarcinoma de unión rectosigmoideas, fistulas, fístula ureterointestinal.

Summary

Fistulas are abnormal communications between two epithelialized surfaces. Due to the proximity between the digestive and urinary tracts, involvement of the urinary tract by digestive diseases and vice versa is not uncommon. The literature on this point is scarce, which represents a challenge in terms of diagnosis and treatment of these situations. We present the case of a 79-year-old female patient, with a diagnosis of rectosigmoid junction adenocarcinoma (mucosal neoplasm), where a low anterior resection plus coloproctostomy plus preparation of a protective ileostomy was performed with incidental lesion of the left ureter in the middle portion that warranted placement of a double J catheter complicated with recurrent urinary tract infections. Removal of the left double J catheter was planned, requesting urotomography where the passage of iodinated contrast from the left ureter to the colon and rectum was observed, establishing the diagnosis of ureterointestinal fistula, resolving said fistula endoscopically, performing mucosal closure with argon plasma and hemo clips, which were performed without complications observing complete closure of the orifice.

Keywords: rectosigmoid junction adenocarcinoma, fistulas, ureterointestinal fistula.

Introducción

Las fistulas son comunicaciones anormales entre dos superficies epitelizadas. Debido a la proximidad entre el tracto digestivo y el urinario, no es infrecuente la afectación del tracto urinario por enfermedades digestivas y viceversa. Teniendo en cuenta que las fistulas pueden ser interna, externa, mixta, así

ENDOSCOPIC CLOSURE OF URETEROINTESTINAL FISTULA (MUCOUS PATCH)

como directa o indirecta, así como de causas y de sintomatología muy diversa desde dolor, fiebre, taquicardia, neumatúria, fecaluria, diarrea, náuseas, hasta con íleo paralítico o mecánico¹. Es difícil encontrar en la literatura conductas a seguir, en cuanto a diagnósticos y tratamiento de estas situaciones.

Resumen del Caso

Paciente femenino de 79 años de edad, con antecedentes de Hipertiroidismo con orbitopatía tiroidea, que requirió tratamiento con yodo radioactivo, con posterior Hipotiroidismo post-radioterapia en tratamiento con Levotiroxina 75 mcg. quien refiere cambios en el hábito intestinal, pérdida de peso, motivo por el cual acude a consulta de gastroenterología se realiza endoscopia digestiva inferior, donde se evidencia lesión a 15 cm de margen anal, sésil, que imposibilita el paso del instrumento, se toma biopsia de dicha lesión que reporta: adenocarcinoma de unión rectosigmoidea (neoplasia mucosa), en vista de estos hallazgos es referida a cirugía general donde se realiza resección anterior baja más coloproctostomía más confección de ileostomía protectora con lesión incidental de uréter izquierdo porción media que amerita colocación de catéter doble J por servicio de urología, asistido por radiología y posterior rafia del mismo complicado con infección del tracto urinario recurrente por *E. coli* BLEE que requirió tratamiento con ertapenem por 21 días. Posteriormente con evolución clínica satisfactoria, se indica cierre de ileostomía en asa.

Posteriormente se planificó retiro de catéter doble jota izquierdo a cargo de urología y se solicitó urotomografía con contraste endovenoso y eliminación tardía, como parte del seguimiento urológico, observando en el estudio, presencia de dilatación leve pielocalicial y de uréter proximal izquierdo, con paso del contraste iodado de uréter izquierdo a colon y recto, estableciendo el diagnóstico de fístula ureteroenteral (Figura 1 y 2), lo que explicaría la presencia de infecciones urinarias recurrentes.

En consecuencia se decide en conjunto con cirugía general, coloproctología y gastroenterología, la realización de tratamiento quirúrgico combinado, consistiendo el procedimiento quirúrgico urológico en ureterocistoscopia, pielografía retrógrada izquierda y colocación de catéter doble jota izquierdo de larga duración, bajo supervisión endoscópica y radiológica y cierre de la fistula en lo cual se introduce endoscopio hasta ángulo esplénico se observa anastomosis indemne; distal a la anastomosis aproximadamente un centímetro se visualiza orificio a través del cual se introduce guía se pasa esfinterotomo se coloca contraste en cavidad que corresponde con la vejiga se corrobora con urología, quienes pasan guidor hasta riñón y colocan catéter doble J se ve dicho catéter que pasa por el colon donde un trayecto del uréter no se encontraba se procede a colocar argón plasma alrededor del catéter y se realiza parche mucoso con hemo clips lo cual se realiza sin complicaciones observando cierre completo del orificio (Figura 3).

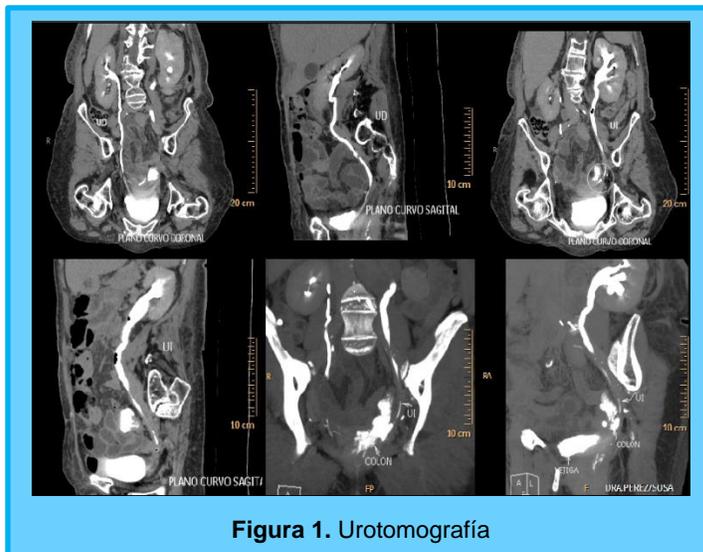


Figura 1. Urotomografía

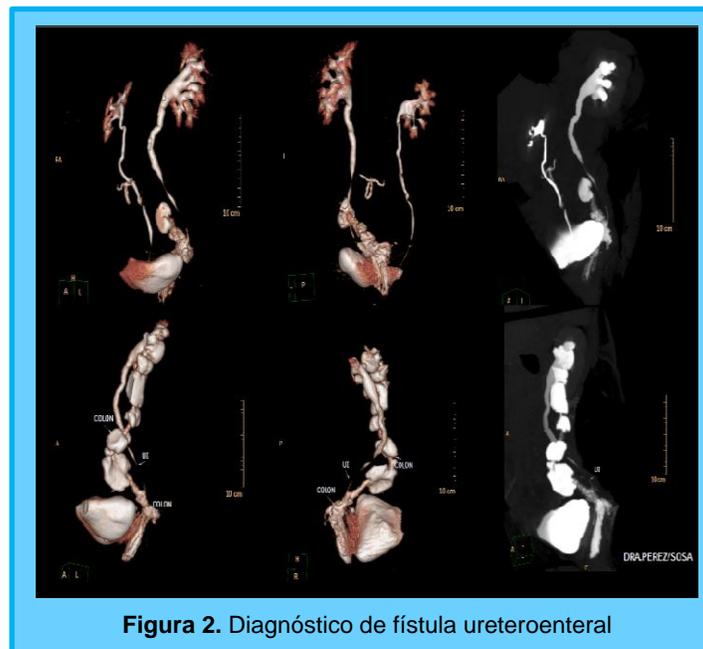


Figura 2. Diagnóstico de fístula ureteroenteral

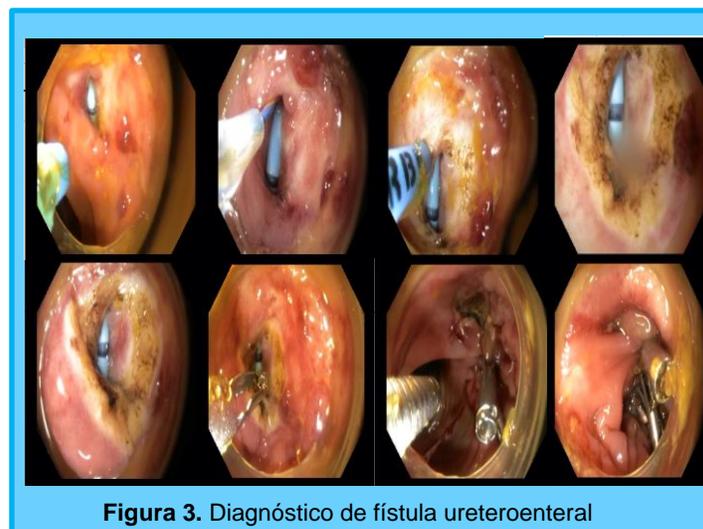


Figura 3. Diagnóstico de fístula ureteroenteral

Por consiguiente, en 5 semanas se solicita UROTAC con contraste control donde se evidencia Catéter doble J en uréter izquierdo, con discreto engrosamiento de sus paredes, al comparar con estudio previo no se evidencia salida del contraste hacia la cavidad peritoneal ni hacia las asas intestinales adyacentes y clínicamente sin infección urinaria e incontinencia anal. Sin embargo, paciente acude por servicio de urología para control donde se planifica cambios de catéter doble J con revaloración endoscópica.

Se realiza colonoscopia introduciendo endoscopio hasta ángulo esplénico se observa anastomosis indemne, distal a la anastomosis aproximadamente 1 cm se visualiza orificio que corresponde al anterior con cierre del 90%, con menos de 1 cm de longitud, se procede a colocar DAT CLIPS y múltiples hemo clips para cerrar orificio lo cual se realiza sin complicaciones, observando cierre completo del orificio. Paciente actualmente asintomática y examen de orina no patológico (Figura 4).

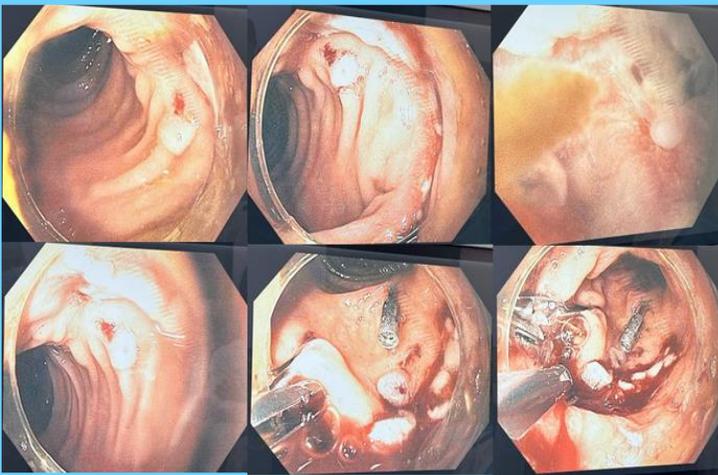


Figura 4. Colonoscopia.

Discusión

Las fistulas son comunicaciones anormales entre dos superficies epitelizadas. Debido a la proximidad entre el tracto digestivo y el urinario, no es infrecuente la afectación del tracto urinario por enfermedades digestivas y viceversa. Teniendo en cuenta que las fistulas pueden ser interna, externa, mixta, así como directa o indirecta, así como de causas y de sintomatología muy diversa desde dolor, fiebre, taquicardia, neumaturia, fecaluria, diarrea, náuseas, hasta con íleo paralítico o mecánico¹. Es difícil encontrar en la literatura conductas a seguir; en cuanto a diagnósticos y tratamiento de estas situaciones.

La morbimortalidad de las fistulas urodigestivas, y en general de todas aquellas fistulas con participación del tracto gastrointestinal es muy elevada. Este hecho se debe fundamentalmente a 4 grupos de causas que se ven

interrelacionadas entre sí y que son: la pérdida de líquidos, el desequilibrio hidroelectrolítico, la desnutrición y la sepsis. Los progresos en el manejo terapéutico han mejorado el pronóstico de los pacientes con fistulas digestivas².

Dentro de este orden de ideas, las fistulas urointestinales internas, son distintas porciones del tracto urinario que pueden establecer una comunicación con el intestino; reointestinal, ureterointestinal, ileovesical, vesicointestinal, rectouretral y neurointestinal. La etiología es diversa pudiendo producirse de forma espontánea (pionefrosis, tumores urinarios o intestinales, plastrón apendicular, diverticulitis o cuerpos extraños) o ser secundarios a radioterapia o agresiones quirúrgicas. La modalidad diagnóstica de preferencia dependerá de que la fistula sea del tracto urinario superior o inferior. Para el diagnóstico de las del tracto superior la TAC y la pielografía retrograda o anterógrada son las más adecuadas³.

De este modo, la fistula ureterointestinal, la comunicación puede originarse en el intestino delgado o en el grueso. La nefrectomía con resección del intestino enfermo es el tratamiento de elección, en algunas ocasiones si el riñón tiene buena función y no es tumoral, una resección parcial del uréter junto con el intestino puede ser suficientes³.

Es por ello, que el tratamiento definitivo en las fistulas urodigestivas altas en cuanto a su localización a nivel del tramo urinario, es fundamentalmente quirúrgico. En líneas generales, éste consiste en la extirpación del órgano afecto con la fístula correspondiente y la reparación del tramo digestivo afectado. Se pueden considerar una excepción a esta regla las fístulas postquirúrgicas y postraumáticas, en las que, en principio, se debe de intentar el cierre de la comunicación y la reparación de los órganos afectados.

Las fistulas entero vesical son las más comunes. En este caso la fistula urétero-colónica fue consecuencia de una complicación quirúrgica en un colon irradiado. Se trae a correlación este caso clínico en vista de no obtenerse información sobre el manejo de fistulas uretero-colónicas tratada de forma vía endoscópica, obteniéndose como una medida u opción terapéutica, evitando una intervención quirúrgica.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés.

Fuente de financiamiento

No se recibió financiamiento.

Referencias

1. Rappoport J. Fistulas entéricas. Facultad de medicina, universidad de chile. Artículo en línea. Pag 8. 2019. chrome-

- extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cirurgiadocente.com/wp-content/uploads/2020/04/Fistula-final.pdf
2. Caparros J, Solé A. Fistulas intestinales en urología. Clínicas urológicas de la complutense. Fundación Puigvert UCM, Madrid. 2010; 6: 183-208.
 3. Casado C, González E, et al. Soporte nutricional en el manejo de las fistulas urodigestivas. Clínicas urológicas de la complutense. Hospital Clínico San Carlos, UCM, Madrid. 2011; 6 27-247.
 4. Gómez Z, Verdejo J. Aspectos generales de las anastomosis ureterointestinales. Clínicas urológicas de la complutense, Hospital Clínico Universitario San Cecilio UCM, Madrid 2010; 6: 209-225.