

# Fístula gastrocolónica por cáncer de colon

Agustín A. Alessandrini<sup>1</sup>, Juan A. Perriello<sup>2</sup>, Felipe E. Fiolo<sup>3</sup>, Nadia Miranda<sup>4</sup>, Agustina S. Hermida<sup>4</sup>

Hospital Privado de la Comunidad, Mar del Plata, Argentina

<sup>1</sup> Cirujano, <sup>2</sup> Cirujano especialista en Coloproctología,

<sup>3</sup> Cirujano especialista en Cirugía Esofagogastroduodenal, <sup>4</sup> Residente de Cirugía General

## RESUMEN

El cáncer de colon es una entidad muy frecuente. Sin embargo, la invasión de otros órganos, ocurre en el 10 a 20 % de los casos. Los órganos más frecuentemente invadidos son la pared abdominal, el páncreas y el duodeno. La invasión gástrica es sumamente infrecuente y escasamente reportado en la literatura. El objetivo de este trabajo es presentar un paciente con una fístula gastrocólica causada por un tumor de colon transverso

**Palabras clave:** cáncer de colon, fístula gastrocólica, tumor colónico invasor

## ABSTRACT

Colorectal cancer is a very common disease. However, invasion of other organs occurs in only 10 to 20% of cases. The most commonly invaded organs are the abdominal wall, pancreas and duodenum. Gastric invasion is extremely rare and rarely reported. The aim of this paper is to present a patient with a gastrocolic fistula caused by a tumor of the transverse colon

**Keywords:** colon cancer; gastrocolic fistula; invasive colonic tumor

## INTRODUCCIÓN

La invasión de los órganos adyacentes en el cáncer de colon es poco frecuente y su tratamiento muy desafiante. Éste a menudo implica la resección en bloque del tumor junto con los órganos involucrados para lograr márgenes libres. Los órganos más frecuentemente son el páncreas y el duodeno, además de la pared abdominal. La invasión gástrica es sumamente infrecuente y escasamente reportado en la literatura.<sup>1,2</sup> Existen reportes de fístulas gastrocólicas por adenocarcinoma de colon en los países occidentales, aunque mayormente son ocasionadas por tumores gástricos. Otras causas incluyen las complicaciones de las úlceras pépticas benignas, la enfermedad de Crohn y los procedimientos iatrogénicos (por ejemplo, la migración de gastrostomías percutáneas).<sup>3,4</sup> Los síntomas típicos son pérdida de peso, diarrea, dolor abdominal y náuseas. Los vómitos fecales o la defecación de alimentos sin digerir son patognomónicos, aunque raramente se presentan.

El *gold standard* para el diagnóstico es una tomografía con contraste oral baritado o una seriada gastrointestinal con bario.<sup>5,6</sup>

## CASO

Un paciente de sexo masculino de 41 años de edad, con antecedente paterno de cáncer de colon y antecedente personal de enfermedad bipolar, polimedicado por episodios graves de esquizofrenia, consulta por alteraciones de conducta por malabsorción de la medicación. En la anamnesis dirigida el paciente y la familia refieren náuseas, vómitos, diarrea y pérdida de 8 kg de peso en 4 meses.

Se realizó una videoendoscopia digestiva alta y una colonoscopia, donde se observaron orificios fistulosos en el estómago y el colon que comunicaban un tumor colónico de gran tamaño, circunferencial y friable, con la curvatura mayor gástrica (Fig. 1) La biopsia informó un adenocarcinoma mucinoso moderadamente diferenciado.

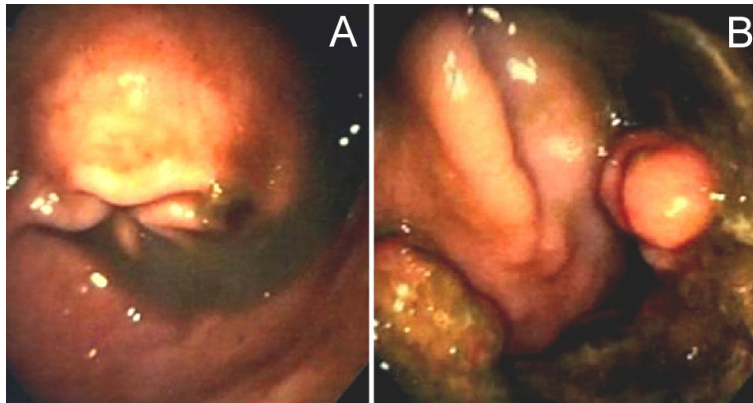
La tomografía computada con contraste oral mostró un tumor colónico de 7 cm con algunas adenopatías mesocolónicas regionales y la presencia de la fístula gastrocólica entre el tercio medio del colon transverso y la curvatura mayor gástrica (Fig. 2). El hematocrito era de 33% y la albumina de 4,13 mg/dl.

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Agustín A. Alessandrini: [agustinalesandrini91@gmail.com](mailto:agustinalesandrini91@gmail.com)**

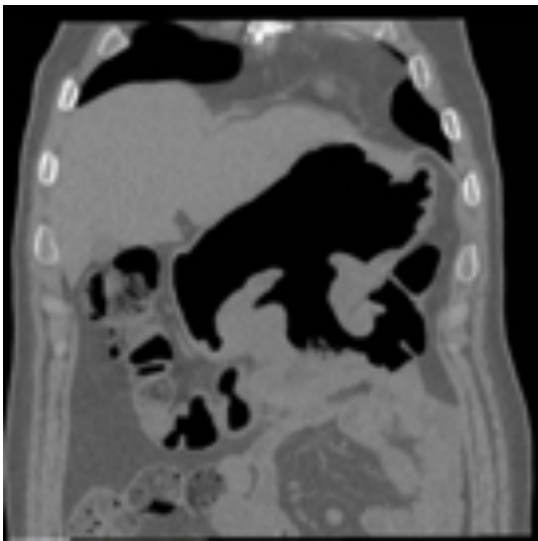
Fecha recepción: 16/9/2024 Fecha aprobación: 4/12/2024

Alessandrini A.: <https://orcid.org/0000-0002-9821-8360>; Perriello J.A.: <https://orcid.org/0000-0002-2739-7242>;

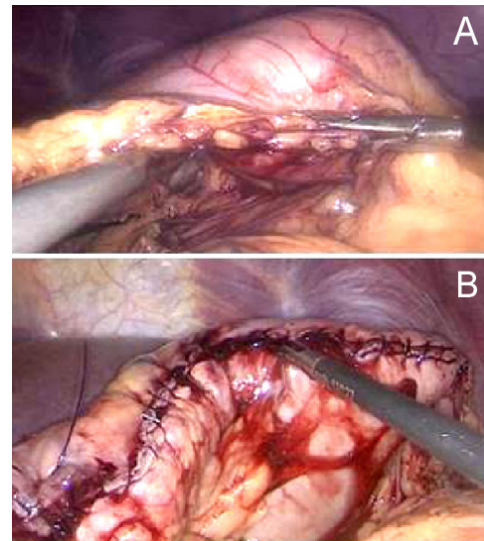
Fiolo F. E.: <https://orcid.org/0000-0002-6631-1552>; Miranda N.: <https://orcid.org/0009-0002-6109-6731>; Hermida A.: <https://orcid.org/0009-0001-1382-6309>



**Figura 1.** Estudio endoscópico de la fistula gastrocólica. A. Videogastroscopía donde se observa la infiltración de la pared y el orificio fistuloso. B. Videocolonoscopía que muestra un gran compromiso semicircunferencial de la lesión y un orificio fistuloso.



**Figura 2.** Tomografía computada abdominal. Corte coronal que evidencia fistula gastrocólica de 1,7 cm de diámetro entre la curvatura mayor gástrica y el borde antimesentérico del colon transverso.



**Figura 3.** Abordaje laparoscópico de la fistula gastrocólica. A. Se observa la lesión colónica infiltrando la curvatura mayor gástrica. B. Gastrectomía en manga laparoscópica.

Por vía laparoscópica, se realizó una colectomía transversa con anastomosis termino-terminal y una resección en bloque de toda la curvatura mayor gástrica en forma de manga gástrica (Fig. 3). A las 24 horas se inició nutrición parenteral. Al 4° día postoperatorio presentó una dehiscencia de la anastomosis colónica que se trató por vía laparoscópica, mediante lavado y drenaje y exteriorización de ambos cabos del colon. Egresó a los 30 días de internación luego de mejorar los parámetros nutricionales y presentar una adecuada tolerancia oral. La anatomía patológica informó un adenocarcinoma de tipo coloide, moderadamente diferenciado, de 6,5 cm con compromiso del 100% de la circunferencia, sin invasión vascular ni perineural. El margen gástrico más cercano pasa a 2 cm y el colónico a 16 cm de la lesión. Los 24 ganglios reseca-

dos estaban libres de enfermedad neoplásica. Estadío II: T4bN0M0. Realizó tratamiento adyuvante y a los 12 meses se reconstruyó el tránsito intestinal. Luego de 15 meses de seguimiento, el paciente no presenta recidiva.

## DISCUSIÓN

Las alteraciones digestivas de los pacientes con fistulas proximales al ángulo de Treitz asociadas a patología oncológica generan una situación de riesgo nutricional severo, en la que hay que focalizarse a la hora de decidir el manejo del paciente, que debe ser integral y no sólo quirúrgico, e involucrar a un equipo multidisciplinario.<sup>7</sup>

Entre las estrategias para mejorar los resultados quirúrgicos, la indicación de nutrición parenteral, tanto preoperatoria como postoperatoria, juega un rol especial. Ambas son de elección en pacientes que no toleran la vía oral o con signos clínicos o analíticos de desnutrición. Además, está demostrado que bajan la incidencia de complicaciones post-quirúrgicas y reducen la estadía hospitalaria. En los pacientes en los cuales no puede optimizarse la vía oral y/o enteral, la alimentación parenteral tiene amplios beneficios con respecto a la ausencia de alimentación de los pacientes.<sup>8,9</sup>

En nuestro paciente no se indicó la alimentación parenteral preoperatoria por tratarse de un individuo relativamente joven, sin comorbilidades que pudieran comprometer la cicatrización de la anastomosis y un estado nutricional aceptable, con anemia leve, sin hipoalbuminemia.

La complicación más frecuente y que proporciona más morbimortalidad a los pacientes con resecciones colónicas es la dehiscencia anastomótica. Para prevenirla, en lugar de la cirugía en un tiempo, puede optarse por la resección y abocamiento de los cabos colónicos, para reconstruir el tránsito luego de mejorar el estado nutricional.

La decisión de realizar una anastomosis primaria debe fundamentarse en la evaluación exhaustiva del estado clínico del paciente, incluyendo, además de sus comorbilidades y su estado nutricional, su estabilidad hemodinámica al momento de la cirugía. En general, se considera que aquellos pacientes con un estado ASA (American Society of Anesthesiologists) igual o menor de 2, que presentan una adecuada perfusión colónica y ausencia de hipoalbuminemia o comorbilidades severas, son los candidatos ideales para realizar una anastomosis primaria.<sup>10</sup> Siguiendo este concepto, realizamos anastomosis primaria del estómago y del colon, resultando no obstante en una dehiscencia de la anastomosis colónica.

Por último, los pacientes con enfermedades mentales severas, que controlan sus patologías y estabilidad psíquica con un estricto tratamiento farmacológico, se ponen en riesgo ante la imposibilidad de recibir las drogas por la vía oral habitual o cuando está alterada su absorción enteral. Esta situación que afectaba a nuestro paciente también influyó en la decisión de proceder al tratamiento quirúrgico sin mayor demora.

La combinación de un enfoque quirúrgico sólido, un manejo nutricional adecuado, y el trabajo conjunto con el equipo de salud mental, además de una estrategia integral de atención multidisciplinaria es fundamental para abordar los desafíos que presentan los pacientes con tumores colónicos y fístulas

gastrointestinales. Esta estrategia no solo optimiza los resultados quirúrgicos, sino que también mejora la calidad de vida de los pacientes a lo largo de su tratamiento oncológico.

## CONCLUSIÓN

La invasión gástrica por cáncer de colon es una complicación rara, cuyo manejo presenta desafíos significativos. En este caso, la coordinación entre los equipos quirúrgico, nutricional y de salud mental fue crucial para el manejo integral del paciente, considerando particularmente su patología psiquiátrica. Sin embargo, no pudo evitar la dehiscencia anastomótica relacionada con el deterioro del estado nutricional, asociado frecuentemente a la fístula gastrocólica.

La resección en bloque con márgenes oncológicamente adecuados, junto con la quimioterapia adyuvante, permitieron resolver la patología sin observar recurrencia luego de 15 meses de seguimiento.

## REFERENCIAS

1. Luna-Pérez P, Rodríguez-Ramírez SE, De la Barrera MG, Zeferino M, Labastida S. Multivisceral resection for colon cancer. *J Surg Oncol*. 2002;80(2):100-4.
2. Rosander E, Nordenvall C, Sjövall A, Hjern F, Holm T. Management and outcome after multivisceral resections in patients with locally advanced primary colon cancer. *Dis Colon Rectum*. 2018;61:454-60.
3. Stamatakos M, Karaiskos I, Pateras I, Alexiou I, Stefanaki C, Kontzoglou K. Gastrocolic fistulae; From Haller till nowadays. *Int J Surg*. 2012;10:129-33.
4. Kermansaravi M, Teimoury T, Shahsavani M, Farzadmanesh MJ, Mehrnia N, Shahmiri SS. Laparoscopic management of gastrocolic fistula in a patient with a history of an unusual loop gastric bypass-a video vignette. *Obes Surg*. 2024;34:3142-44.
5. Akwari OE, Edis AJ, Wollaeger EE. Gastrocolic fistula complicating benign unoperated gastric ulcer. Report of four cases and review of the literature. *Mayo Clin Proc*. 1976;51:223-30.
6. Pichney LS, Fantry GT, Graham SM. Gastrocolic and duodenocolic fistulas in Crohn's disease. *J Clin Gastroenterol*. 1992;15:205-11.
7. Costas-Chavarri A, Temin S, Shah MA. Treatment of patients with early-stage colorectal cancer: ASCO resource-stratified guideline summary. *J Oncol Pract*. 2019;15:290-92.
8. Liu M-Y, Tang H-C, Hu S-H, Yang H-L, Chang S-J. Influence of preoperative peripheral parenteral nutrition with micronutrients after colorectal cancer patients. *Biomed Res Int*. 2015;2015:535431.
9. Chen Y, Liu B-L, Shang B, Chen A-S, Liu S-Q, Sun W, et al. Nutrition support in surgical patients with colorectal cancer. *World J Gastroenterol*. 2011;17:1779-86.
10. 2017 European Society of Coloproctology (ESCP) collaborating group. Safety of primary anastomosis following emergency left sided colorectal resection: an international, multi-centre prospective audit. *Colorectal Dis*. 2018;20 Suppl 6:47-57.