



Medicent Electrón 2014 oct.-dic.;18(4)

**HOSPITAL UNIVERSITARIO
DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

INFORME DE CASO**Fístula sigmoidea vesical como forma de presentación de un cáncer urotelial en una mujer****Vesico-sigmoid fistula as a way of presentation of urothelial cancer in a woman**Dr. Miguel Ángel Rodríguez Gómez¹, Dr. Ernesto Romagosa Bermúdez²

1. Especialista de Primer Grado en Cirugía. Instructor. Hospital Universitario Dr. Celestino Hernández Robau. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: mayracn@hchr.vcl.sld.cu
2. Especialista de Primer Grado en Cirugía. Instructor. Hospital Universitario Dr. Celestino Hernández Robau. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

DeCS: fistula intestinal, enfermedades del sigmoide, fístula de la vejiga urinaria, neoplasias de la vejiga urinaria/cirugía.

DeCS: intestinal fistula, sigmoid diseases, urinary bladder fistula, urinary bladder neoplasms/surgery.

Desde el comienzo mismo de la humanidad, las fístulas urinarias constituyeron un problema insoluble en sus inicios. Las fístulas externas representaban una gran dificultad de salud; sin embargo, las internas no lo eran tanto, pues las enfermedades que la provocaban aceleraban la muerte del paciente, y los signos y síntomas causados por la comunicación fistulosa pasaban inadvertidos.¹

La comunicación anormal entre el intestino y la vejiga es conocida desde la antigüedad; el primero en describir estas fístulas fue Rufus, en la segunda centuria después de nuestra era.²

Las fístulas intestinales son frecuentes en la enfermedad de Crohn y representan el 33 % de sus complicaciones. Pueden presentarse fístulas colocolónicas internas con menor frecuencia en enfermedades como colitis ulcerativa, diverticulitis del sigmoide, tumores malignos de rectosigmoides y lesiones del intestino por radiaciones, fundamentalmente a uréter y vejiga, o externas, al drenar hacia la vagina.^{2,3}

La incidencia informada por distintos autores oscila de dos a tres fístulas por cada 10 000 ingresos hospitalarios para recibir intervención quirúrgica; son más frecuentes en el sexo masculino, con una relación de 2/1 respecto al femenino. Estas diferencias se atribuyen a la protección anatómica que, sobre la vejiga, ejercen el útero y sus ligamentos, trompas y ovarios, de las afecciones colorrectales.³

Los tumores de la vejiga pueden ser otra de las causas, pero son menos probables, debido a que la localización en la cúpula, que sería la que daría lugar a la fístula, es mucho más rara. En estos casos, el diagnóstico se hace por los signos y síntomas que experimenta el paciente, especialmente la hematuria.^{1,4}

Aproximadamente, el 19 % de los pacientes con cáncer de la vejiga se presentan con una enfermedad localmente avanzada, 3 % con metástasis distantes y aproximadamente 25 % con nodos regionales positivos insospechados, descubiertos en el momento de la cistectomía.^{4,5}

Existe un riesgo incrementado en la incidencia de una malignidad secundaria en el sitio de la anastomosis uretero-cólica. El riesgo es de 22 % a los 20 años y, por consiguiente, estos necesitan vigilancia regular después de 12 años.⁶

Presentación del paciente

Se trata de una mujer de 66 años de edad, blanca, femenina, con antecedentes de haber sido operada de catarata, padecer de bronquitis crónica y de litiasis biliar; tiene antecedentes obstétricos de dos gestaciones, un parto distócico por fórceps hace 38 años, y un aborto provocado. La paciente comienza hace un mes con sepsis urinaria, fiebre y escalofríos, que no mejoraba a pesar de múltiples tratamientos, por lo que acude a nuestro servicio. Al realizar el examen de la orina, se encontró que estas eran muy turbias y de tipo fecaloideo; se decidió ingresarla y se le realizaron exámenes complementarios: Hb: 11.0 g/l; leucocitos: $10,8 \times 10^9$; glucemia: 4,18 mmol x l; LDH: 284 unidades y urato: 224 mmol x l; coagulograma: normal. En el ultrasonido, el parénquima del riñón derecho media 15 mm y el del izquierdo 14 mm, sin dilatación de cavidades ni litiasis; el bazo y el páncreas eran normales, no había adenomegalias y la aorta abdominal era normal. Al día siguiente, se le realiza cistoscopia, en la que se informa: orinas muy turbias y fecaloideas; después de múltiples lavados, se visualizó un área de bajo relieve y enrojecida en el fondo vesical y pared anterior de la vejiga que impresionaba ser tumoral, y que parecía el lugar de la fístula, a pesar de que no se pudo comprobar. De esta lesión se tomaron varias muestras con pinza de biopsia Olympus; doce días después, el resultado confirmó un tumor urotelial. Cuatro días posteriores a la cistoscopia, se realizó rectosigmoidoscopia, se introdujo el rectosigmoidoscopio hasta 23 cm de las márgenes del ano y no se observaron lesiones. Se realizó colon por enema cinco días más tarde, y a nivel del suelo pelviano, sobre todo a la derecha, apareció disgregación del contraste fuera de los contornos del rectosigmoides, que podía estar en relación con la fístula. Al día siguiente, se le realizó laparotomía exploradora.

Tras una incisión media amplia y separación por planos, se llega al sigmoides, donde se encuentra un tumor de casi 20 cm de largo que involucra la vejiga en su cúpula y bajo fondo y el útero; se decide realizar sigmoidectomía con histerectomía y doble anexectomía, y se encontró que la vejiga estaba muy tomada por el tumor; este infiltraba hasta los meatos ureterales, por lo cual se realizó cistectomía radical (Figura 1) y se llevaron los uréteres hacia el recto cerrado en su porción proximal, mediante técnica no antirreflujo de Burrow; se dejaron intubados con dos catéteres simple J (Figura 2): exenteración pélvica modificada (EPM), los cuales fueron retirados mediante tacto.



Figura 1. Tumoración vesical que involucra el sigmoides, el útero y los anejos, así como la comunicación con la vejiga; a la izquierda, se observa el resto de la vejiga resecada.



Figura 2. Radiografía de abdomen simple donde se observan los dos catéteres ureterales que intuban los uréteres y hacen la J dentro del recto.

La paciente fue admitida en terapia intensiva hasta el tercer día del postoperatorio, y llevó tratamiento con claforan, amikacina y metronidazol, después de lo cual fue trasladada a una sala convencional hasta que se le dio el alta.

Comentario

Estamos ante una rara presentación de un carcinoma urotelial, que generalmente no es la causa más común de comunicación vesicoentérica; además, ocurre en una mujer donde se informa aún con menor frecuencia, debido a que los órganos ginecológicos previenen de estas fistulizaciones, ya que actúan como barreras anatómicas; el útero y la vagina se interponen entre los órganos enterales y la vejiga; además, la cúpula vesical es una zona de la vejiga donde raramente asientan los tumores uroteliales. No se realizó remoción total del recto por considerarla innecesaria, ya que

no estaba infiltrado, y con la finalidad de usarlo como reservorio para la orina, con el objetivo de lograr que la paciente tuviera al menos continencia urinaria para, sin sacrificar los estándares oncológicos, preservar un poco su calidad de vida.

La exenteración pélvica (EP) puede ser la única posibilidad de curación en tumores pélvicos que han provocado daño multivisceral, procedimiento que se asocia a una elevada morbilidad y mortalidad. La EP total consiste en la remoción quirúrgica radical del colon distal, el recto, la vejiga, la próstata y las vesículas seminales en el hombre o los genitales internos femeninos. Su objetivo es obtener un adecuado control de un tumor pélvico localmente avanzado que infiltra órganos vecinos, en ausencia de enfermedad neoplásica a distancia. El fundamento de esta intervención mutiladora es el comportamiento biológico de algunos tumores pélvicos que son capaces de alcanzar grandes dimensiones sin metástasis a distancia ni afectación de los linfonodos regionales. Entre estos tumores, se destaca el cáncer cervicouterino (que acumula la mayor experiencia publicada), el cáncer de la vagina y algunas neoplasias del recto. Si dos ostomías son realizadas, esta cirugía se denomina exenteración pélvica total, donde una de las ostomías es para la orina y la otra para las heces fecales.^{7,8} En la bibliografía consultada no se hace mención al carcinoma urotelial como causa de estas operaciones, lo que demuestra la rareza de este caso.

Desde sus comienzos, la EP ha sido una intervención muy criticada por su elevada morbilidad y mortalidad, así como por el inevitable impacto fisiológico y psicológico que provoca en el paciente la pérdida del control esfinteriano, tanto intestinal como urinario. Otros autores, en cambio, la destacan como la única alternativa terapéutica posible en este tipo de tumores localmente avanzados, considerados irresecables mediante la técnica convencional, que condena a estos pacientes a una calidad de vida marcada por el intenso dolor pélvico, el sangrado, la infección local, la fistulización a órganos vecinos y, finalmente, la muerte.⁷

La ausencia de infiltración neoplásica en los órganos adheridos ocurre solamente en el 20 % al 30 % de los pacientes.¹⁰

En conclusión, la EP puede ser la única alternativa de tratamiento de un tumor pélvico avanzado y requiere de una selección cuidadosa de los pacientes y de un equipo quirúrgico especialmente entrenado en cirugía pélvica.⁷

Aparte de las metástasis a distancia, las contraindicaciones formales de la EP son: la infiltración neoplásica de la pared pélvica lateral y del nervio ciático, la obstrucción venosa de las extremidades y la afectación retroperitoneal. Si el sacro se encuentra dañado por debajo de S2, se debería realizar EP más sacrectomía, pues se han obtenido buenos resultados, según algunos autores.¹⁰

Agradecimiento

Los autores desean agradecer al estudiante Moisés Abel Rodríguez Navarro, alumno ayudante de Urología, por su colaboración con la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Osorio Acosta A, Fístulas urinarias. La Habana: Ciencias Médicas; 2006.
2. Roupert M, Zigeuner R, Palou J, Boehle A, Kaasinen E, Sylvester R, et al. Guía clínica sobre los carcinomas uroteliales de las vías urinarias superiores [internet]. España: Asociación Europea de Urología; 2011 mar. [citado 6 dic. 2013]. Disponible en: http://www.uroweb.org/gls/pdf/spanish/20-%20UUTUCC_ES.pdf
3. Vidal Jiménez E, Estorino Escaig NR, Martínez Sánchez Y. Fístula entero cólica. Presentación de un caso. Rev Méd Electrón [internet]. 2010 mar.-abr. [citado 21 mar. 2011];32(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242010000200014
4. Stenzl A, Cowan NC, De Santis M, Kuczyk MA, Merseburger AS, Ribal MJ, et al. Guía clínica sobre el cáncer de vejiga con invasión muscular y metastásico. [internet]. España: Asociación Europea de Urología; 2010 abr. [citado 15 mayo 2011]. Disponible en: <http://www.uroweb.org/gls/pdf/spanish/03->

[%20GUIA%20CLINICA%20SOBRE%20EL%20CANCER%20DE%20VEJIGA%20CON%20INV
ASION.pdf](#)

5. Lerner SP, Schoenberg MP, Sternberg CN. Role of radical cystectomy in patients with, unresectable and/or locoregionally metastatic bladder cancer. En: Machele Donat S. Treatment and Management of Bladder Cancer. London: Informa, Health Care; 2008 Jul. p. 129-36.
6. MacVicar DH, Reznick R. Ureterosigmoidostomy. En: Husband JE. Carcinoma of the Bladder. Cambridge : University Press; 2008. p. 102-13.
7. Trías I, Español I, Raventós C, Orsola A, Pagà J, Orsola I. Evolución del carcinoma papilar urotelial G3 T1 según el nivel de invasión de la submucosa. Rev Esp Patol [internet].2003 [citado 21 mar. 2011];36(4):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.patologia.es/volumen36/vol36-num4/36-4n09.htm>
8. American Cancer Society . Sexualidad para la mujer con cáncer. Cáncer, sexo y sexualidad [internet]. Estados Unidos: The American Cancer Society; 2013. [citado 16 nov. 2013]. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/efectossecundariosfisicos/fragmentado/sexualidad-para-la-mujer-con-cancer-cancer-sex-sexuality>
9. Izquierdo L, Truán D, Alvarez-Vijande R, Alcaraz A. Carcinoma urotelial de tracto urinario superior: 114 casos con largo seguimiento. Actas Urol Esp [internet]. 2010 mar. [citado 11 nov. 2010];34(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-48062010000300003&script=sci_arttext
10. Songtao S, Stan Gronthos S. Perivascular niche of postnatal senchymal stem cells in human bone marrow and dental pulp. J Bone Miner Res [internet]. 2003 Apr. [citado 18 oct. 2013];18(4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1359/jbmr.2003.18.4.696/pdf>

Recibido: 7 de enero de 2014

Aprobado: 3 de mayo de 2014

Dr. Miguel Ángel Rodríguez Gómez. Especialista de Primer Grado en Cirugía. Instructor. Hospital Universitario Dr. Celestino Hernández Robau. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: mayracn@hchr.vcl.sld.cu