



## P-321 - FÍSTULA COLO-GÁSTRICA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN

J.C. Gamero Huaman<sup>1</sup>, C. Torres Arcos<sup>1</sup>, B. de Soto Cardenal<sup>1</sup>, L. Castro Laria<sup>1</sup>, J. Galán Álvarez<sup>1</sup>, F. Oliva Mompeán<sup>1</sup> y F.J. Padillo Ruiz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Virgen de la Macarena, Sevilla. <sup>2</sup>Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

### Resumen

**Objetivos:** Una complicación común en los pacientes con enfermedad de Crohn es la formación de fístulas entre distintos órganos internos (entero-entérica, entero-vesical, entero-vaginal, etc.) llegando a presentarse hasta en el 50% de los pacientes después de 20 años; sin embargo, una presentación poco frecuente de éstas es la fístula colo-gástrica, de la cual sólo se han reportado 37 casos hasta la actualidad.

**Métodos:** Se presenta el caso de una paciente de 37 años diagnosticada de enfermedad de Crohn colónica y perianal desde hace casi 20 años (A1L2B3+p), que consulta por molestias y pesadez epigástricas, aliento fétido y pérdida de peso. La exploración es normal, y en la analítica destacan una Hemoglobina de 8,5 g/dL, y una disminución de prealbúmina con albúmina y proteínas totales en rango normal. Se realiza una ecografía abdominal donde se visualiza engrosamiento y edema de pared de colon transversal, por lo que se realiza colonoscopia, la cual visualiza una "lesión concéntrica y ulcerada a 90 cm del margen anal, estenosante, que no permite el paso del endoscopio. Resto del colon respetado hasta ampolla rectal". Se toman biopsias: "colitis crónica activa con ulceración, compatible con enfermedad inflamatoria intestinal". Se realiza un enema opaco, que identifica "en colon transversal un segmento con disminución de calibre de unos 5 cm, en relación con una estenosis, paso del contraste del colon transversal al estómago, y un reflujo gastroesofágico". Con el diagnóstico de enfermedad de Crohn con fístula colo-gástrica, se programa intervención quirúrgica, realizándose previamente una valoración y tratamiento nutricional consistente en dieta pobre en residuos y suplementos orales hiperproteicos.

**Resultados:** Se realiza laparotomía exploradora, hallándose el segmento de colon transversal estenótico y fistulizando a curvatura mayor gástrica. El resto de colon transversal en sentido proximal y el colon derecho se hallan afectados por la enfermedad. Se realiza hemicolectomía derecha ampliada hasta margen macroscópicamente sano, anastomosis íleo-transversal latero-lateral mecánica, y resección en bloque del trayecto fístuloso. Se revisa la mucosa gástrica que no está afectada por la enfermedad de Crohn, y se realiza un cierre simple. El postoperatorio es favorable, siendo alta al séptimo día postoperatorio.

**Conclusiones:** Aunque la cirugía en la enfermedad de Crohn no es curativa, es la opción más recomendable cuando aparecen complicaciones, siendo una de ellas las fístulas entre distintos órganos. En estos casos, debe researse el segmento originario de la fístula, con márgenes macroscópicamente sanos, mientras que si el órgano diana de la fístula no está afectado por la

enfermedad es suficiente con realizar un cierre simple tras resecar el trayecto fistuloso. La preparación prequirúrgica, como el soporte nutricional y mejora de condiciones sépticas, es un pilar fundamental para el éxito, mejorando las condiciones del paciente para realizar una cirugía con anastomosis en el mismo acto. Aunque las fístulas son una complicación frecuente en la enfermedad de Crohn, la fístula colo-gástrica es una forma muy poco frecuente de éstas, conociéndose únicamente 37 hasta la actualidad, motivo por el que nos parece interesante nuestro caso.