

- polyposis: ileorectal anastomosis or restorative proctectomy? *Arq Gastroenterol.* 2009;46:294-9.
4. Ellis CN. Colonic Adenomatous Polyposis Syndromes: Clinical Management. *Clin Colon Rectal Surg.* 2008;21:256-62.
 5. Olsen K, Juul S, Bülow S, Järvinen HJ, Bakka A, Björk J. Female fecundity before and after operation for familial adenomatous polyposis. *Br J Surg.* 2003;90:227-31.
 6. Dozois EJ, Wolff BG, Tremaine WJ, Watson WJ, Drelichman ER, Carne PW, et al. Maternal and fetal outcome after colectomy for fulminant ulcerative colitis during pregnancy: case series and literature review. *Dis Colon Rectum.* 2006;49:64-73.
 7. Van Duijvendijk P, Slors JF, Taat CW, Oosterveld P, Sprangers MA, Obertop H, et al. Quality of life after total colectomy with ileorectal anastomosis or proctocolectomy and ileal pouch-anal anastomosis for familial adenomatous polyposis. *Br J Surg.* 2000;87:590-6.

Patricia Sánchez-Velázquez*, Isidro Martínez-Casas, Marta C. Climent-Agustín, Nuria Argudo y Joan J. Sancho

Unidad de Cirugía de Urgencia, Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital del Mar, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 99976@parcdesalutmar.cat
(P. Sánchez-Velázquez)

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.04.001

Coloplastia redundante como causa de fístula cervical persistente

Redundant coloplasty as a cause of a persistent cervical fistula

En las estenosis esofágicas por cáusticos o tras la esofagectomía por perforación esofágica, el colon es la mejor alternativa para restablecer el tránsito digestivo cuando no se dispone de una plastia gástrica en condiciones¹⁻⁴. No obstante, las coloplastias no están exentas de complicaciones, algunas de difícil solución^{5,6}.

Exponemos el caso de un paciente que precisó una esofagectomía por perforación esofágica tras ingesta de cáusticos y que presentó vómitos y regurgitaciones alimentarias repetidas y una fístula recidivante tras la realización de una coloplastia.

Varón de 61 años, con síndrome depresivo, que ingresó por Urgencias tras intento de autolisis mediante ingesta de lejía. El paciente estaba asintomático y la exploración inicial no aportó ningún hallazgo patológico. En la analítica destacaba únicamente una leucocitosis con desviación izquierda (17.000 leucocitos/ μ L, 85% neutrófilos) con una PCR de 114,3 mg/L. En la RX de tórax no se observaba neumomediastino ni neumoperitoneo. La endoscopia digestiva alta, realizada dentro de las primeras 48 horas, objetivó esofagitis grado 2a⁷. Se instauró nutrición parenteral, corticoterapia, antibioterapia y tratamiento antidepresivo. El paciente permaneció asintomático los días subsiguientes. A los 15 días de su ingreso, empezó a referir molestia en hipocondrio derecho, con leve dolor a la palpación. La analítica mostró la reaparición de leucocitosis (15.600/ μ L) y aumento de la PCR (239 mg/L), sin observarse neumoperitoneo en la radiología. Se realizó una segunda esófago-gastroscoopia que no mostró lesiones en el esófago hasta cerca del cardias, donde se observaba una úlcera de 2 cm muy excavada con dos orificios en su fondo.

Asimismo, describía eritema de la mucosa del fundus y del cuerpo gástrico. La TC toraco-abdominal detectó derrame pleural derecho, aire en la pared del esófago distal y neumoperitoneo escaso junto al ligamento gastrohepático. La administración de gastrografín demostró una perforación esofágica en su tercio inferior. En la laparotomía se encontró una perforación a nivel cardial que ascendía hacia el esófago inferior y una colección purulenta en el mediastino inferior. Se realizó esofagectomía transhiatal, esofagostomía cervical, gastrostomía, yeyunostomía de alimentación y drenaje del mediastino.

Posteriormente, el paciente se reintervino a los 6 meses para la reconstrucción del tránsito intestinal confeccionándose una coloplastia antiperistáltica con el colon transverso e izquierdo por vía retroesternal, con anastomosis colo-gástrica en su cara posterior, y piloroplastia asociada. El paciente evolucionó favorablemente durante el postoperatorio con un tránsito de control al 5.º día, en el que no se apreciaron fugas pero sí una coloplastia redundante. El paciente inició tolerancia oral con buena respuesta por lo que fue dado de alta al 10.º día.

Sin embargo, el paciente reingresó a los 5 días del alta por regurgitación alimentaria y vómitos que condicionaron la aparición de una fístula cervical. Se realizó de nuevo un tránsito baritado en el que se apreciaba una estenosis leve de la anastomosis y mostraba un vaciamiento lento de la plastia con un colon redundante a nivel abdominal (fig. 1), por lo que se realizó una endoscopia digestiva alta para realizar una dilatación de la anastomosis cervical y se pasó una sonda duodenal para nutrición enteral, consiguiendo el cierre de la



Figura 1 – Tránsito baritado que muestra la redundancia colónica proximal a la anastomosis colo-gástrica.

fístula cervical. Sin embargo, con la reintroducción de la nutrición oral el paciente inició de nuevo vómitos y regurgitaciones reapareciendo la fístula cervical. La presencia de un colon redundante a nivel abdominal más un vaciado lento de la plastia era el origen de toda su sintomatología, y a pesar del tratamiento conservador con procinéticos y dieta fraccionada no se conseguía mejorar el vaciamiento de la plastia y cerrar la fístula cervical por lo que se decidió la reintervención para la resección de la zona redundante.

En la laparotomía se realizó disección de la coloplastia en todo su trayecto abdominal y se constató la existencia de un bucle colónico proximal a la anastomosis colo-gástrica. Se identificó el pedículo vascular de la coloplastia y se deshizo la anastomosis colo-gástrica. Se resecó el segmento de colon redundante de aproximadamente 10-12 cm ligando únicamente las ramas terminales de la arcada cólica y respetando la arcada principal para mantener la vascularización del resto de la plastia (fig. 2). Finalmente, se realizó una nueva anastomosis colo-gástrica en su cara anterior próxima al fundus que permitía una coloplastia más recta. El paciente tuvo una evolución postoperatoria sin complicaciones y fue dado de alta al 8.º día de la intervención. Desde entonces la tolerancia oral ha sido correcta sin que hayan reaparecido ni los vómitos alimentarios ni la fístula cervical.

La perforación del esófago o del estómago es una potencial complicación de la ingesta de cáusticos que puede ocurrir en cualquier momento durante los 15 primeros días. Entre los días 5 y 15 existe una fase de reblandecimiento tisular, motivo por el que se recomienda evitar la realización de endoscopia durante este período⁸. En el caso que presentamos sorprende el intervalo prolongado hasta la perforación y, que esta, se produjera en una lesión clasificada en la primera endoscopia como grado 2a, que habitualmente se resuelven sin secuelas, si bien en una endoscopia posterior la lesión se clasificó como 2b.

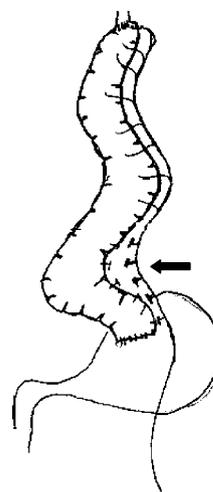


Figura 2 – Sección de las ramas terminales de la arcada cólica (flecha).

El colon representa una buena alternativa para la sustitución del esófago, ya que permite la confección de una plastia larga y bien vascularizada y la realización de una anastomosis sin tensión hasta la faringe. Sin embargo, no posee la funcionalidad del esófago para el transporte de los alimentos y este hecho debe valorarse en la confección de la coloplastia y de las anastomosis¹⁻³. Es muy importante que la coloplastia sea lo más recta posible para facilitar el vaciado por gravedad y realizar una anastomosis que no ocasione ninguna redundancia. También es preferible que la coloplastia sea isoperistáltica a ser posible.

La existencia de una plastia redundante no es infrecuente, pero muchas veces son asintomáticas u originan solo ocasionalmente regurgitación o sensación de presión retroesternal tras la ingesta⁸. Sin embargo, es una causa de reintervención frecuente en series que evalúan el resultado de las coloplastias a largo plazo⁹.

Se ha preconizado que es preferible ubicar la anastomosis colo-gástrica en posición posterior y alta^{1,2}, como se hizo durante la reconstrucción inicial, aunque otros utilizan la cara anterior³. En nuestro caso decidimos rehacer la nueva anastomosis colo-gástrica reubicándola en la cara anterior, porque era la localización que permitía que la coloplastia se conformara lo más recta posible.

Una vez descartada la presencia de una estenosis anastomótica, la realización de un tránsito baritado es la prueba más eficaz para diagnosticar la presencia de una coloplastia redundante que también puede originar regurgitación alimentaria o cronificar una fístula alta por aumento de la presión intraluminal como ocurrió en el caso expuesto. Es muy recomendable que el cirujano esté presente durante la realización del tránsito para objetivar este defecto y no valorarlo solo a través del informe radiológico y de algunos fotogramas.

En la literatura existen pocas referencias al tratamiento quirúrgico de las coloplastias redundantes^{8,10}. La técnica descrita por Schein et al¹⁰ y aplicada en nuestro caso, nos parece idónea puesto que consigue restablecer la rectitud y funcionalidad de la coloplastia, aunque requiere una técnica

cuidadosa para no lesionar la arcada principal que mantiene la vascularización de la plastia.

BIBLIOGRAFÍA

1. DeMeester TR, Johansson KE, Franze I, Eypasch E, Lu Ch, McGill J, et al. Indications, surgical technique, and long-term functional results of colon interposition or bypass. *Ann Surg.* 1998;208:460-74.
2. Kenezovic JD, Radovanovic NS, Simic AP, Kotarac MM, Skrobic OM, Konstantinovic VD, et al. Colon interposition in the treatment of esophageal caustic strictures: 40 years of experience. *Dis Esoph.* 2007;20:530-4.
3. Chirica M, de Chaisemartin C, Munoz-Bongrand N, Halimi B, Celerier M, Cattan P, et al. Reconstruction oesophagienne pour séquelles de brûlure caustique: coloplasties, mode d'emploi. *J Chir.* 2009;146:240-9.
4. Furst H, Huttel TP, Lohe F, Schildberg FW. German experience with colon interposition grafting as an esophageal substitute. *Dis Esoph.* 2001;14:131-4.
5. González JJ, Sanz L, Marques L, Navarrete F, Martínez E. Complicaciones de la cirugía de exéresis del cáncer de esófago. *Cir Esp.* 2006;80:349-60.
6. Cherki S, Mabrut JY, Adham M, de La Roche E, Ducerf C, Gouillat C, et al. Reinterventions pour complications et séquelles deoesophagoplastie colique. *Ann Chir.* 2005;130:242-8.
7. Zargar SA, Kochhar R, Mehta S, Mehta SK. The role of fiberoptic endoscopy in the management of corrosive ingestion and modified endoscopic classification of burns. *Gastrointest Endosc.* 1991;37:165-9.
8. DeMeester SR. Colon interposition following esophagectomy. *Dis Esoph.* 2001;14:169-72.
9. Bonavina L, Chella B, Regalina A, Luzzani S. Surgical treatment of the redundant interponed colon after retrosternal esophagoplasty. *Ann Thorac Surg.* 1998;65:1446-8.
10. Schein M, Conlan AA, Hatchuel D. Surgical management of the redundant transposed colon. *Am J Surg.* 1990;160:529-30.

Fernando Mingol Navarro*, Amparo Martínez Blasco,
F. Javier Lacueva Gómez, Juan Perez-Legaz y
Rafael Calpena Rico

*Unidad de Cirugía Esofagogástrica, Servicio de Cirugía General,
Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mingolnavarro_6@hotmail.com
(F. Mingol Navarro)

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.04.006