

Agradecimientos

Agradecemos la ayuda del servicio médico de cirugía general y visceral del hospital de Luxemburgo, así como el gran trabajo realizado por el equipo de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Karmali S, Zurawin RK, Sherman V. Herniation through the broad ligament. *CMAJ*. 2010;182:174.
2. Hunt AB. Fenestrae and pouches in the broad ligament as an actual and potential cause of strangulated intra-abdominal hernia. *Surg Gynecol Obstet*. 1934;58:906-13.
3. Cilley R, Poterack K, Lemmer J, Dafoe D. Defects of the broad ligament of the uterus. *Am J Gastroenterol*. 1986;81:389-91.
4. Slezak FA, Schlueter TM. Hernia of the broad ligament. En: Nyhus LM, Condon RE, editores. *Hernia*. 4th ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1995. p. 491-7.
5. Suzuki M, Takashima T, Funaki H, Uogishi M, Isobe T, Kanno S, et al. Radiologic imaging of herniation of the small bowel through a defect in the broad ligament. *Gastrointest Radiol*. 1986;11:102-4.
6. Agresta F, Michelet I, Candiotti E, Bedin N. Incarcerated internal hernia of the small intestine through a breach of the broad ligament: Two cases and a literature review. *JSLs*. 2007;11:255-7.
7. Toolabi K, Zamanian K, Parsaei AR. Bowel obstruction caused by broad ligament hernia successfully repaired by laparoscopy. *Ann R Coll Surg Engl*. 2018;100:e94-6.
8. Ozben V, Aliyeva Z, Barbur E, Guler I, Karahasanoglu T, Baca B. Laparoscopic management of incarcerated broad ligament hernia in a patient with bilateral parametrium defects — a video vignette. *Colorectal Dis*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1111/codi.15039>.
9. Takeyama H, Kogita Y, Nishigaki T, Yamashita M, Aikawa E, Hoshi M, et al. Broad ligament hernia successfully repaired by single-incision laparoscopy: A case report. *Asian J Endosc Surg*. 2018;11:274-6.
10. Shah SGS, Farrow A. A commentary on “World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19)”. *Int J Surg*. 2020;76:128-9.

Beniamino Pascotto*, Virginie Poulain, Barbara Ghistelinck y Juan Santiago Azagra

Departamento de Cirugía General y Visceral, Centro Hospitalario de Luxemburgo, Luxemburgo, Luxemburgo

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ben.pascotto@gmail.com (B. Pascotto).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.06.015>

0009-739X/© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Tratamiento miniinvasivo de la fístula colouterina de origen diverticular



Mini-invasive treatment of colouterine fistula of diverticular origin

La diverticulosis colónica es una entidad común que causa un proceso inflamatorio agudo en aproximadamente el 20% de los pacientes¹. Alrededor del 20% de los pacientes intervenidos en forma electiva por complicaciones de la diverticulosis lo hacen por una fístula del colon con otro órgano, siendo la fístula colovesical la más frecuente y la colouterina una de las más inusuales². Actualmente el tratamiento miniinvasivo de la enfermedad diverticular incluye la utilización de cirugía videolaparoscópica³ y la aplicación de programas de optimización perioperatoria o ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*)⁴.

Presentamos el caso de una mujer de 65 años con una fístula colouterina secundaria a enfermedad diverticular complicada, tratada mediante resección laparoscópica del colon sigmoideos con preservación del útero en el marco de un programa ERAS⁵.

Se trata de una paciente con cirugía laparoscópica por endometriosis 30 años atrás, colonoscopia reciente que sólo mostraba divertículos en colon sigmoideos, tabaquismo y

obesidad (IMC 32 kg/m²). La paciente consultó por flujo vaginal purulento, sin otras manifestaciones clínicas, dos meses después de haber recibido tratamiento médico por primer episodio de diverticulitis aguda. Al examen colposcópico presentaba salida de pus por cuello uterino y leve dolor a la movilización del mismo.

Se realizó enema opaco con doble contraste que mostró como único hallazgo patológico formaciones diverticulares sin signos de complicación y una resonancia magnética que identificó una fístula entre el colon sigmoide y el útero con características inflamatorias (fig. 1).

La paciente fue incluida en un programa ERAS, realizó preparación intestinal prequirúrgica mediante enema y se administró profilaxis antibiótica durante la inducción anestésica. Se realizó laparoscopia exploradora electiva observándose un proceso inflamatorio entre el colon sigmoideos y el útero. Se procedió al desmontaje de la fístula colouterina mediante el uso de electrocauterio (fig. 2). Se completó



Figura 1 – Corte sagital de resonancia magnética en secuencias T2 con gel endovaginal. Se observa colección heterogénea con relación a la pared anterior del colon sigmoideo (*) en contacto con el fondo uterino y fístula lineal hiperintensa (blanco) que atraviesa el miometrio (flecha).

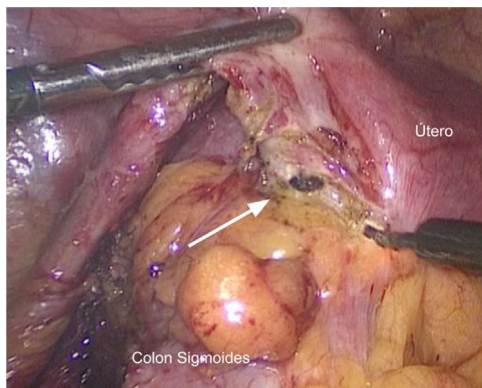


Figura 2 – Puede observarse la fístula colouterina señalada por la flecha, hacia abajo el colon sigmoideo adherido hacia al útero que está siendo disecado con electrocauterio.

sigmoidectomía por vía laparoscópica, con descenso del ángulo esplénico y anastomosis colorrectal primaria con doble sutura mecánica, según técnica previamente descrita⁶. La paciente evolucionó sin complicaciones y fue dada de alta hospitalaria al segundo día postoperatorio. El estudio histopatológico mostró una colopatía diverticular. En control ambulatorio al séptimo día postoperatorio, la paciente no presentaba flujo vaginal. Luego de 18 meses de seguimiento no tuvo complicaciones relacionadas con la patología tratada.

La fístula colouterina secundaria a diverticulitis es una entidad infrecuente con pocos casos reportados en la literatura mundial². Quizás esto sea debido a que el grosor del miometrio ofrece gran resistencia al proceso inflamatorio subagudo que termina comunicando la luz del colon con el endometrio. Clínicamente se manifiesta por flujo vaginal purulento debido a la presencia de materia fecal en el útero, aunque también puede manifestarse como sepsis si hay acumulación de pus en la cavidad uterina. El antecedente de

cirugía por endometriosis, aunque alejado, cobra importancia, ya que podría haber producido adherencias entre el colon sigmoideo y el miometrio favoreciendo la progresión del proceso inflamatorio iniciado posteriormente.

El enema opaco no mostró la comunicación entre ambos órganos como sucede habitualmente⁷. Si bien la tomografía computarizada es muy sensible y específica para el diagnóstico de las complicaciones agudas de la diverticulosis, la identificación del trayecto fistuloso y la exclusión diagnóstica de una neoplasia es difícil. Por ello utilizamos la resonancia magnética que tiene mayor precisión para el diagnóstico de la fístula además de permitir determinar sus características inflamatorias⁸.

La cirugía constituye el tratamiento definitivo y la resección en bloque de ambos órganos es la estrategia más frecuentemente reportada⁹. Sin embargo, no existen guías claras sobre la necesidad de histerectomía en los casos en los que no hay piometra ni manifestaciones de sepsis. De este modo, considerando que la paciente no presentaba signos de inflamación sistémica (fiebre, leucocitosis, etc.), optamos por una estrategia conservadora, realizándose solamente la sigmoidectomía con anastomosis primaria. La resección laparoscópica tiene ventajas frente a la cirugía abierta con menos dolor, menor estadía hospitalaria y rápida recuperación¹⁰. Una adherencia del 83% a las medidas del protocolo ERAS en este caso en particular, contribuyó a la corta estadía hospitalaria y baja morbilidad.

Se hizo tratamiento antibiótico profiláctico durante la inducción anestésica similar al realizado para el tratamiento de las fístulas colovesicales. No se continuó el mismo en el postoperatorio debido al óptimo estado clínico de la paciente, sin signos de inflamación sistémica antes ni después del procedimiento, y a la falta de evidencias que indiquen otra conducta.

Esta rara entidad puede ser tratada adecuadamente en forma mínimamente invasiva sin necesidad de histerectomía en las condiciones clínicas aquí presentadas con alta hospitalaria temprana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Heise CP. Epidemiology and Pathogenesis of Diverticular Disease. *J Gastrointest Surg.* 2008;12:1309-11.
2. Arakawa S, Morise Z, Isetani M, Tomishige H, Kawabe N, Nagata H, et al. Laparoscopic sigmoidectomy combined with uterus excision for colouterine fistula caused by sigmoid colon diverticulitis: A case report. *Asian J Endosc Surg.* 2017;10:415-9.
3. Feingold D, Steele SR, Lee S, Kaiser A, Boushey R, Buie WD, et al. Practice Parameters for the Treatment of Sigmoid Diverticulitis. *Dis Colon Rectum.* 2014;57:284-94.
4. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N, et al. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations: 2018. *World J Surg.* 2019;43:659-95.
5. Rossi G, Vaccarezza H, Vaccaro CA, Mentz RE, Im V, Alvarez A, et al. Two-day hospital stay after laparoscopic colorectal surgery under an enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway. *World J Surg.* 2013;37:2483-9.

6. Campana JP, Pellegrini PA, Rossi GL, Ojea Quintana G, Mentz RE, Vaccaro CA. Right versus left laparoscopic colectomy for colon cancer: does side make any difference? *Int J Colorectal Dis.* 2017;32:907-12.
7. Ben Maamer A, Zaafour H, Noomene R, Haoues N, Bouhafa A, Oueslati A, et al. Colouterine fistula complicating diverticulitis. *Tunis Med.* 2013;91:617-8.
8. Choi PW. Colouterine fistula caused by diverticulitis of the sigmoid colon. *J Korean Soc Coloproctol.* 2012;28:321-4.
9. Sentilhes L, Foulatier O, Verspyck E, Roman H, Scotté M, Marpeau L. Colouterine fistula complicating diverticulitis: a case report and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003;110:107-10.
10. Masoomi H, Buchberg B, Nguyen B, Tung V, Stamos MJ, Mills S. Outcomes of laparoscopic versus open colectomy in elective surgery for diverticulitis. *World J Surg.* 2011;35:2143-8.

Ricardo Esteban Mentz, Esteban Agustín González Salazar, Juan Pablo Campana, Carlos Alberto Vaccaro y Gustavo Leandro Rossi

*Sector de Coloproctología. Servicio de Cirugía General.
Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: esteban.gonzalez@hospitalitaliano.org.ar
(E.A. González Salazar).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.06.008>

0009-739X/© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
Todos los derechos reservados.