

Fístula colo-anexial y absceso tubo-ovárico como complicación de la diverticulitis

Beatriz Quintana Viñau¹, Verónica Pulido Rodríguez², Jorge Boada Díaz¹, Julia Jiménez Perdomo ¹, Karen Pérez Afonso ¹, Carlos Wiehoff Melián¹ , Jorge Núñez Talavera¹, Carmen Rosa Hernández Socorro ¹

¹Hospital Universitario de GC Dr. Negrín, Las Palmas de GC; ²Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil , Las Palmas de GC.

Objetivo docente:

- Identificar los hallazgos radiológicos principales de la fístula colo-anexial mediante tomografía computarizada (TC) multidetector.
 - Reconocer las distintas presentaciones clínicas y las principales opciones de tratamiento.
-

Revisión del tema

Definición

La fístula colo-anexial es una entidad muy infrecuente, consiste en una comunicación anormal entre el colon y el anejo (ovario y/o trompa de Falopio). Secundariamente puede generar un absceso tubo-ovárico.

Revisión del tema

Etiología:

Se han registrado en la literatura una variedad de etiologías como causas de fístula colo-anexial, siendo las neoplasias y la enfermedad de Crohn las más habituales:

- Cáncer colorrectal [1]
- Enfermedad de Crohn [2]
- Absceso tubo-ovárico (ATO) en el contexto de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- Diverticulitis aguda
- Otras etiologías menos prevalentes [2] incluyen: complicaciones de cirugía, tuberculosis, linfoma, ingestión de cuerpos extraños, radioterapia pélvica y trauma abdominal penetrante

Revisión del tema

Etiología:

Las fístulas diverticulares son poco frecuentes y representan aproximadamente el 14 % de las complicaciones de la diverticulitis. [3] Las fístulas más comunes son la colo-vesical (65 %) y la colo-vaginal (25 %), seguidas de la colo-entérica (6,5 %) y la colo-uterina (3 %) . Las fístulas colo-anexiales son excepcionalmente raras, con pocos casos registrados en la literatura. Sin embargo, en nuestro centro hemos documentado hasta 8 casos en los últimos 5 años. [4]

Revisión del tema

Mecanismo fisiopatológico:

No está totalmente claro, aunque dentro de las teorías barajadas se postulan los cambios inflamatorios secundarios a la perforación diverticular: estos pueden dar lugar a la formación de adherencias y posteriormente la creación de una fístula. En los casos de fistulización colo-tubárica, el proceso inflamatorio condiciona una obstrucción tubárica con adherencias entre la pared intestinal y la trompa tubárica, resultando en necrosis y finalmente fistulización. Tanto la fístula ovárica como tubárica son más frecuentes en el lado izquierdo por su vecindad con el colon sigmoide. [5]

.

Revisión del tema

Manifestaciones clínicas:

La clínica asociada puede variar y ser inespecífica. Según la literatura recogida suele ser dolor abdominal (sin o con antecedentes de diverticulitis), fiebre, masa palpable en pelvis y secreción vaginal, aunque en nuestra casuística la sintomatología génito-urinaria había pasado desapercibida siendo la fiebre +dolor abdominal y las alteraciones de laboratorio el motivo de solicitud de la prueba de imagen. [6]

Revisión del tema

Diagnóstico:

Dada la baja sospecha clínica, la TC multidetector es clave para el diagnóstico precoz.

De acuerdo a las guías ACR, se prefiere la TC sobre los ultrasonidos (US) para las diverticulitis complicada. [7]

Tiene una sensibilidad superior a los US para la detección de diverticulitis complicada y una sensibilidad cercana al 100% para el diagnóstico de absceso tubo-ovárico.

Revisión del tema

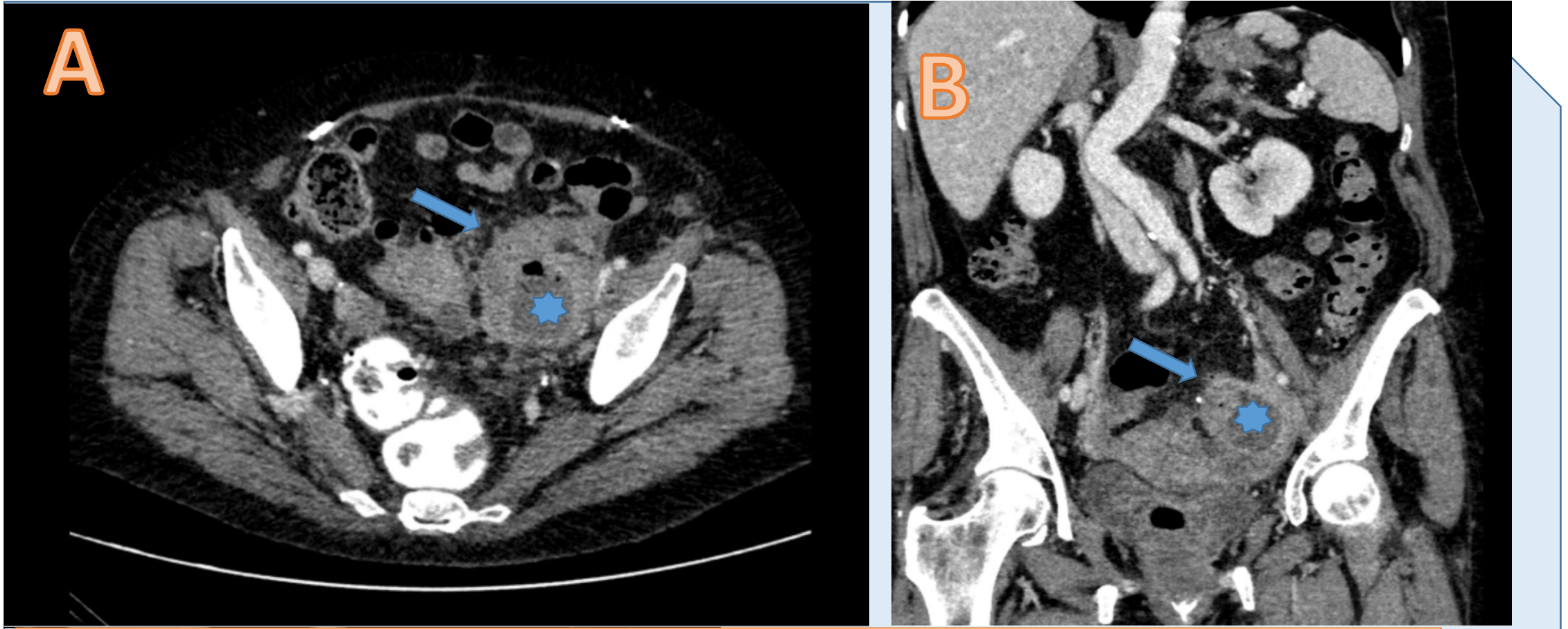
Diagnóstico:

La TC con contraste intravenoso tiene más precisión para el diagnóstico de la fístula colo-anexial. La administración de contraste rectal puede ayudar a delinear dichos trayectos fistulosos si existe fuga del mismo.

La presencia de acumulación de gas en los anejos cerca del intestino inflamado sugiere una fístula colo-anexial. Este hallazgo tienen una alta sensibilidad y especificidad pero no siempre está presente.

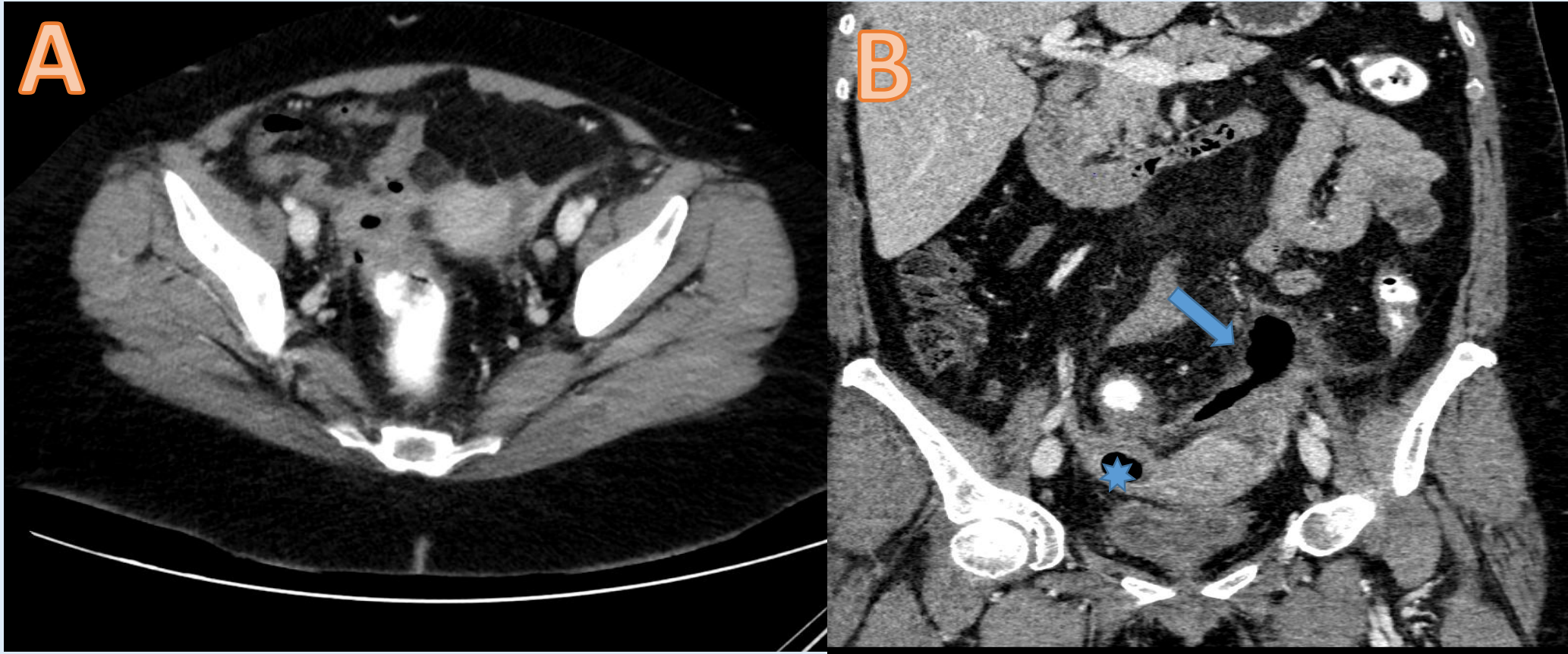
La TC multidetector es de gran ayuda para el cirujano a la hora de orientar la localización exacta del segmento afecto y el anejo involucrado en el caso de que se requiriese una planificación quirúrgica. [8]

Revisión del tema



A y B: Mujer de 67 años con fiebre y dolor en FII. PCR 89.5 TC axial y coronal: engrosamiento sigmoideo con múltiples divertículos, y cambios inflamatorios circundantes (flecha). El borde antimesentérico de dicho segmento engrosado contacta con una colección de paredes engrosadas con abundantes burbujas aéreas en su interior, que a su vez comunica con la trompa de Falopio siendo compatible con fístula colo-anexial secundaria a diverticulitis.

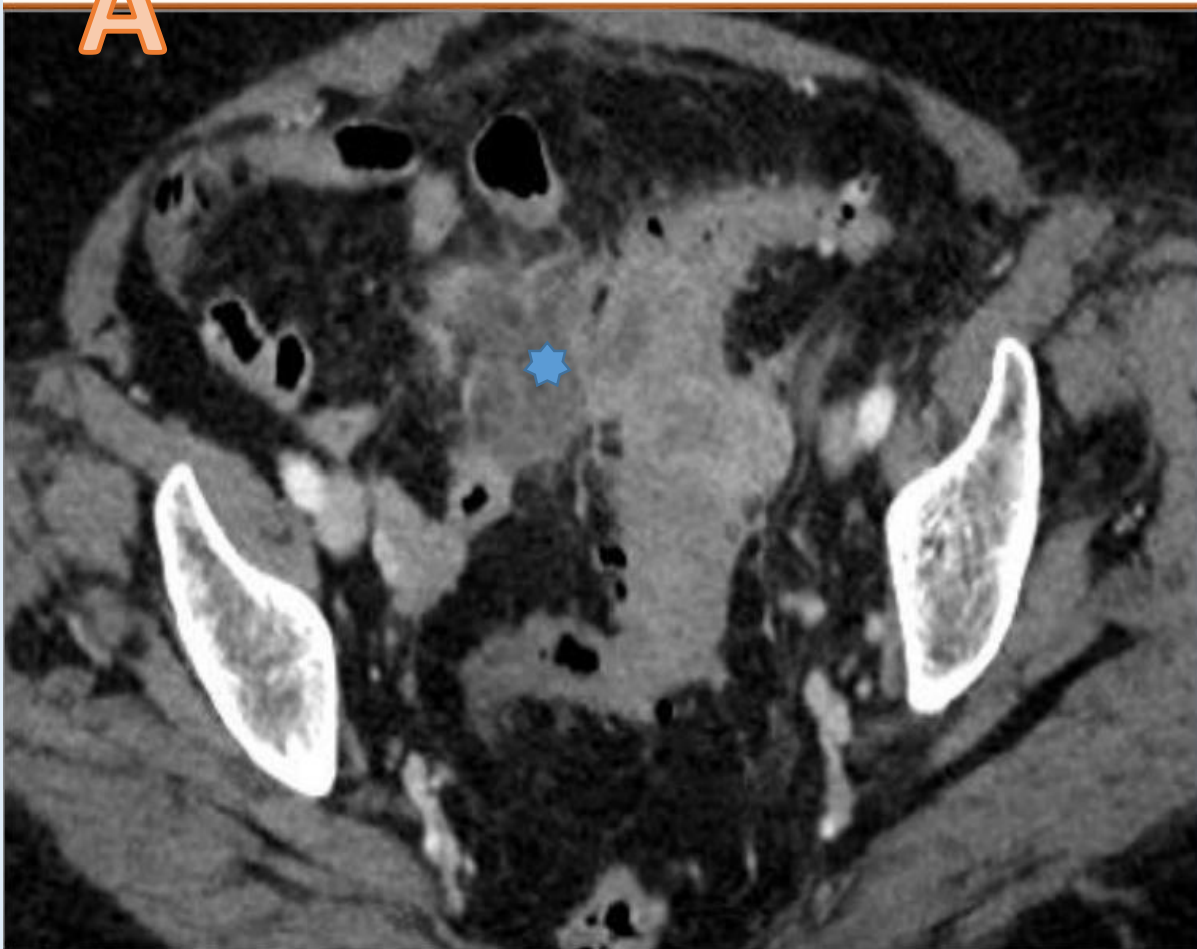
Revisión del tema



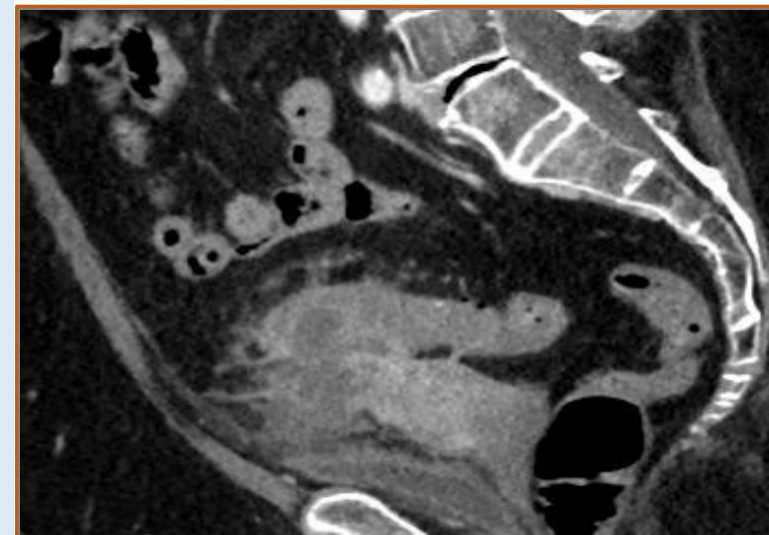
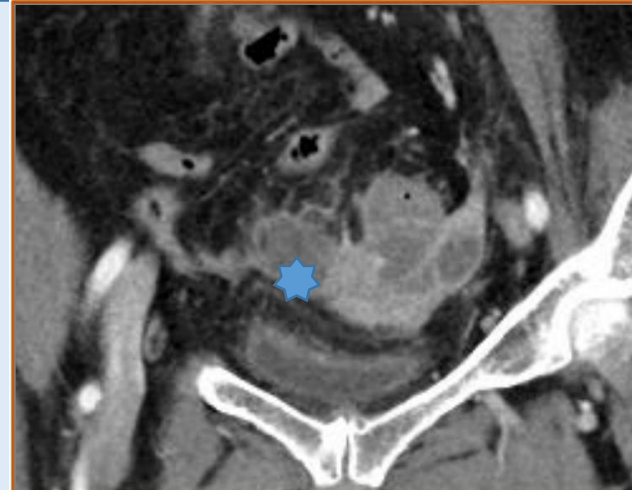
A y B: Mujer de 57 años con fiebre y sospecha de diverticulitis. PCR 66. TC axial y coronal: engrosamiento sigmoideo con divertículos asociados. Adyacente se observa colección bilobulada de contenido hidroaéreo asentada en el anejo derecho (asterisco), y que conecta mediante un tracto fistuloso cruzando la línea media con otra colección localizada en el mesosigma predominantemente aérea (flecha). Hallazgos en relación con diverticulitis aguda con fístula colo-anexial derecha y colección aérea en mesosigma.

Revisión del tema

A

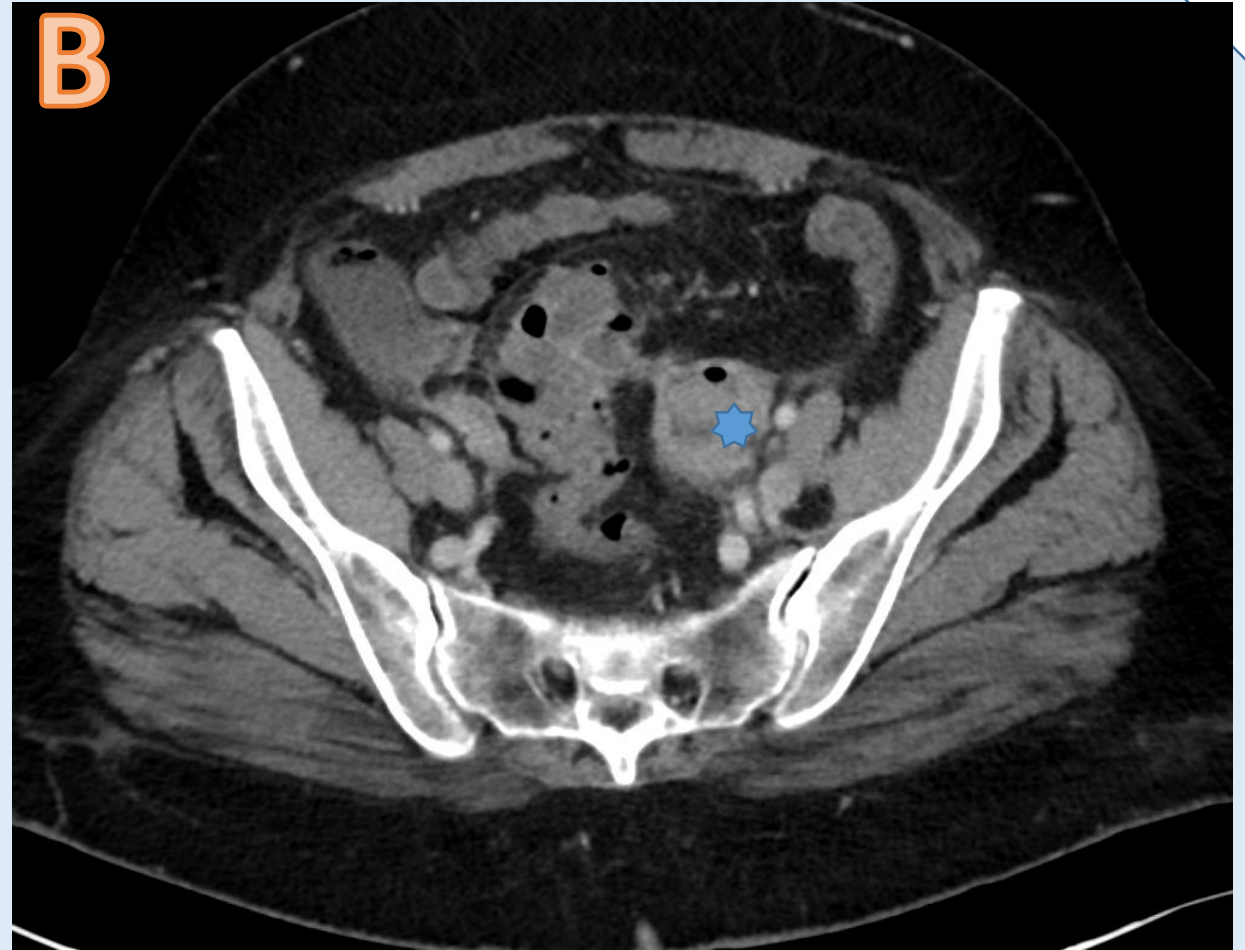


B



A y B: Mujer de 78 años con fiebre y dolor en ambas fosas iliacas que aumenta con la defecación. PCR 103. TC sagital, axial y coronal. Engrosamiento sigmoideo con pérdida de clivaje y comunicación con anejos en relación con fístula colo-anexial y formación de absceso tubo-ovárico (asterisco).

Revisión del tema



A y B: Mujer de 55 años con fiebre y dolor en FII. PCR 180. TC sagital, axial y coronal. Se identifica un segmento de aproximadamente 13 cm de colon sigmoide con abundantes divertículos y un engrosamiento mural circunferencial con marcados cambios inflamatorios de la grasa locorregional. En el borde antimesentérico se identifica un lóculo con tracto fistuloso hacia en el anejo izquierdo, aumentado de tamaño con colección hidroaérea(asterisco).

Revisión del tema

Tratamiento:

No se ha establecido un protocolo de tratamiento estandarizado.

Primero se opta por un tratamiento conservador.

- Antibióticos.
- Drenaje percutáneo de la colección.

Estas medidas a menudo no logran una resolución duradera, probablemente debido a la enfermedad diverticular persistente que predispone a la recurrencia.

En caso de mala evolución, se opta por tratamiento quirúrgico. [9]

- De preferencia: resección segmento afecto y anastomosis primaria.
- El absceso anexial puede llevar cirugía conservadora o requerir salpingooforectomía.
- Si el paciente presenta mala situación clínica, puede requerir procedimiento tipo Hartmann (sigmoidectomía y colostomía terminal).

Revisión del tema

Tratamiento:

De nuestra casuística más de la mitad requirió intervención quirúrgica.

En todas las cirugías el procedimiento realizado fue Hartmann.

Previo a la intervención quirúrgica, se intentó drenaje ecoguiado.

Solo una paciente requirió salpingooforectomía.

Revisión del tema

Anatomía Patológica:

Diverticulitis aguda abcesificada con plastrón fibro-inflamatorio que engloba tejido tubo-ovárico e intenso infiltrado agudo generalizado.

Conclusiones

- Las fístulas colo-anexiales secundarias a diverticulitis son excepcionalmente raras. Presentan un bajo índice de sospecha y un tratamiento aun no estandarizado.
- La TC multidetector juegan un papel crucial en su diagnóstico, garantizando una intervención temprana y un manejo terapéutico individualizado para reducir las complicaciones y mejorar los resultados de las paciente afectadas.
- Nuestra experiencia demuestra que aunque se puede considerar un tratamiento conservador, con frecuencia, es necesaria una intervención quirúrgica temprana para prevenir la recurrencia y las complicaciones.

Referencia bibliográfica

- [1] Honda H, Lu CH, Barloon TJ et al. (1990) Sigmoid colon fistula complicating ovarian cystadenocarcinoma: a rare finding. *Gastrointest Radiol* 15: 78±8
- [2] Phillips JC (1974) A spectrum of radiological abnormalities due to tubo-ovarian abscess. *Radiology* 110: 307±311
- [3] Bharucha AE, Parthasarathy G, Ditah I, et al. Temporal Trends in the Incidence and Natural History of Diverticulitis: A Population-Based Study. *Am J Gastroenterol* 2015;110:1589-96.
- [4] Rosenzweig M, Marshall J, White RA, et al. Colo-ovarian fistula. *J Surg Case Rep* 2017;2017:rjx228
- [5] Maun, D.; Vine, A.; Slater, G. Ileosalpingeal fistula: An unusual complication of Crohn's disease. *Mt. Sinai J. Med.* 2006, 73, 1115–1116.
- [6] Natalia Darii Plopa, Nicolae Gica; A Very Rare Case of Colosalpingeal Fistula Secondary to Diverticulitis: An Overview of Development, Clinical Features and Management. *Medicina Kansas* 2020 Sep 17;56(9):477.
- [7] Scheirey CD, Fowler KJ, et al. ACR Appropriateness Criteria(®) Acute Nonlocalized Abdominal Pain. *J Am Coll Radiol* 2018;15:S217-31.
- [8] Ambrosetti P, Becker C, Terrier F. Colonic diverticulitis: impact of imaging on surgical management -- a prospective study of 542 patients. *Eur Radiol* 2002;12:1145-9
- [9] Panghaal VS, Chernyak V, Patlas M, et al. CT features of adnexal involvement in patients with diverticulitis. *AJR Am J Roentgenol* 2009;192:963-6.