



Fístula colovesical por linfoma no Hodgkin. Reporte de un caso

Hugo Enrique Estrada-González,* Américo Gavin Carrión-Crespo,† Karol Johanna Verdezoto-Gaibor,‡
José Rafael Peñavera-Hernández,§ Ana Valeria Palacio-Ávila¶

* Médico residente de cirugía general. † Cirujano de colon y recto. ‡ Cirujano general. § Médico patólogo.
¶ Médico residente de anatomía patológica. Servicio de Coloproctología. Departamento de Cirugía General. Hospital Juárez de México.

Colovesical fistula for non-Hodgkin lymphoma. A case report

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 13 Núm. 3 / Julio-Septiembre, 2024 / p. 78-82

RESUMEN

Introducción. La fístula colovesical es causa de una de 3,000 admisiones quirúrgicas. El linfoma no Hodgkin primario o su tratamiento citotóxico son una causa rara, existen pocos casos reportados. Se presenta el caso clínico, diagnóstico y manejo en el Hospital Juárez de México.

Caso clínico. Paciente femenina de 57 años con tumor abdominal, aumento de volumen cervical y pérdida de peso; biopsia de ganglio con reporte de linfoma no Hodgkin. TAC con actividad ganglionar y carcinomatosis peritoneal. Se completaron 8 ciclos de R-CHOP por linfoma no Hodgkin de células B y enfermedad voluminosa de Bulky. Posteriormente cursa con infecciones urinarias y fecaluria; colonoscopia con fístula a ciego. Se realizó hemicolectomía derecha, íleo-transverso anastomosis con engrapadora mecánica y cierre brecha vesical.

Discusión. La fístula colovesical generalmente se presenta en varones de la séptima década, presentamos un caso de femenina de 57 años. Los síntomas patognomónicos son la fecaluria y la neumaturia, aunque aparecen en etapas avanzadas; la paciente presentó pérdida de peso, infecciones urinarias y fecaluria. James señala que la TAC tiene alta sensibilidad, la colonoscopia tiene sensibilidad del 38%, realizamos TAC, colonoscopia y cistografía. La resección del segmento afectado con anastomosis en el mismo acto quirúrgico es el mejor manejo, durante o al término de la quimioterapia.

Conclusión. La fístula colovesical por linfoma no Hodgkin es una entidad rara, el abordaje con tomografía marca la pauta para un adecuado manejo, el tratamiento quirúrgico con resección y anastomosis tiene los mejores resultados.

Palabras clave. Fístula colovesical, linfoma no Hodgkin, íleo-transverso anastomosis.

ABSTRACT

Introduction. Colovesical fistula causes one of 3,000 surgical admissions. Primary non-Hodgkin lymphoma or its cytotoxic treatment is a rare cause, there are few reported cases. The clinical case, diagnosis and management at the Hospital Juárez de México are presented.

Clinical case. A 57-year-old female patient with an abdominal tumor, increased cervical volume, and weight loss; lymph node biopsy with report of non-Hodgkin lymphoma. CT with lymph node activity and peritoneal carcinomatosis. Eight cycles of R-CHOP were completed for B-cell non-Hodgkin lymphoma and Bulky disease. Later it presents with urinary infections and fecaluria; colonoscopy with blind fistula. Right hemicolectomy, ileo-transverse anastomosis with mechanical stapler and bladder gap closure were performed.

Discussion. The colovesical fistula generally occurs in males of the seventh decade, we present a case of a 57-year-old female. The pathognomonic symptoms are fecaluria and pneumaturia, although they appear in advanced stages; the patient presented weight loss, urinary tract infections and fecaluria. James points out that CT has high sensitivity, colonoscopy has sensitivity of 38%, we performed CT, colonoscopy and cystography. Resection of the affected segment with anastomosis in the same surgical act is the best management, during or at the end of chemotherapy.

Conclusion. Colovesical fistula due to non-Hodgkin lymphoma is a rare entity, the tomography approach sets the standard for proper management, surgical treatment with resection and anastomosis has the best results.

Key words. Colovesical fistula, non-Hodgkin lymphoma, ileo-transverse anastomosis.

Correspondencia:

Dr. Hugo Enrique Estrada-González
Tel.: 55 5747-7560. Correo electrónico: dr.heestrada@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La fístula colovesical es una conexión anormal entre el colon y la vejiga, es causa de morbilidad importante y puede causar la muerte por urosepsis; se estima que es la causa de una en cada 3,000 admisiones quirúrgicas hospitalarias,¹ fue descrita por primera vez en 1888; es secundaria a enfermedad diverticular complicada en dos terceras partes de los casos,² se han descrito otras causas como neoplasias de colon o vejiga, enfermedad de Crohn o radiación pélvica. La fístula colovesical secundaria a linfoma no Hodgkin (LNH) se desarrolla después de la terapia citotóxica o por la regresión secundaria al tratamiento; es una entidad extremadamente rara; los cambios inflamatorios en la pared intestinal y la adherencia del tejido a la vejiga son las causas de la formación de la fístula colovesical.³ El linfoma gastrointestinal representa del 1 al 4% del total de las neoplasias malignas gastrointestinales.⁴ El manejo ideal es la resección primaria y la anastomosis en el mismo acto quirúrgico.⁵ Parte importante del manejo postoperatorio es el uso de sonda vesical para disminuir la presión intravesical y evaluar el momento oportuno de retiro para preservar la funcionalidad.⁶ El objetivo de este trabajo es presentar el caso de una paciente con fístula colovesical por linfoma no Hodgkin de células B, así como manejo diagnóstico y quirúrgico que se llevó a cabo en el Hospital Juárez de México (HJM).

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentación del caso de paciente femenino de 57 años de edad con fístula colovesical por LNH que llevó tratamiento médico y quirúrgico en el HJM.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 57 años de edad sin antecedentes de importancia referida a oncología del HJM de segundo nivel en protocolo de estudio por LNH. Inició su padecimiento actual un año atrás con aumento de volumen en región cervical, pérdida de peso de aproximadamente 20 kg en seis meses; se realizó biopsia de masa indurada en región cervical integrando diagnóstico, se solicitó tomografía extendida con reporte de tumoración en hueso pélvico aparentemente anexial, motivo por el cual fue referida (*Figuras 1 y 2*). En consulta externa de ginecología oncológica, se realizó exploración ginecológica sin integrar diagnóstico de tumoración dependiente de ovario, se solicitaron estudios de extensión: se realiza ultrasonido pélvico y marcadores tumorales con los cuales no se concluye tumoración dependiente de ovario, se envía al servicio de hematología por diagnóstico probable de LNH, acudiendo ya con reporte histopatológico de biopsia de ganglio submaxilar compatible con LNH, lesión tiroidea y linfadenopatía dermatopática; se cuantifica hemoglobina de

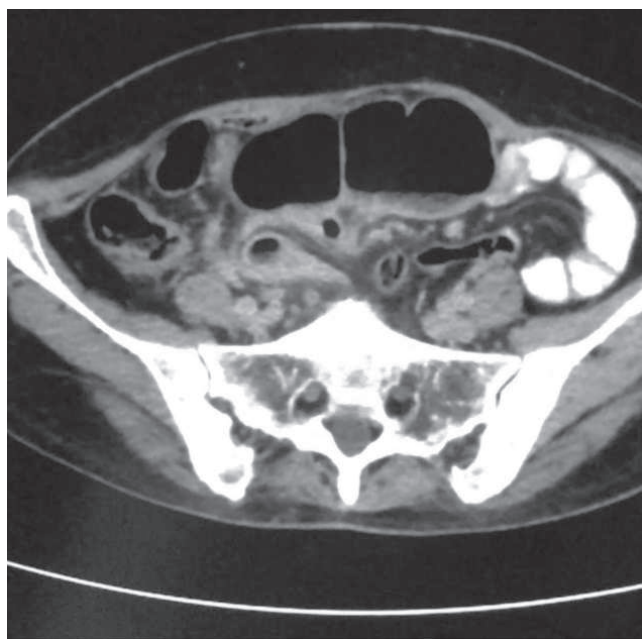


Figura 1. Tomografía computarizada abdomino-pélvica con doble contraste que muestra el sitio de conexión entre la pared del ciego y la pared vesical.



Figura 2. Tomografía computarizada abdomino-pélvica con doble contraste que muestra el sitio de conexión entre la pared del ciego y la pared vesical.

7.2 g/dL por lo que se ingresa para transfusión sanguínea y completar protocolo diagnóstico, a su ingreso, clínicamente con adenopatías cervicales, supraclaviculares y axilar izquierda, abdomen con masa palpable de aproximadamente 15 cm de diámetro, se realizó biopsia de médula ósea que no muestra infiltración y se realizó Tomografía axial computada (TAC) abdomino-pélvica con reporte de carcinomatosis peritoneal y actividad ganglionar, con eso se integró el diagnóstico de LNH de células grandes B difuso CD 20+ en estadio clínico III y enfermedad voluminosa de Bulky, se inició esquema con rituximab, ciclofosfamida, hidroxidaunorubicina, vincristina

y prednisona (R-CHOP), el primer ciclo se realizó sin complicaciones por lo que se decide egreso a domicilio y seguimiento por hematología y oncología para completar tratamiento con quimioterapia, se concluyeron 8 ciclos de R-CHOP y al término se realizó TAC nuevamente identificando engrosamiento de pared vesical. Dos semanas posteriores se presenta

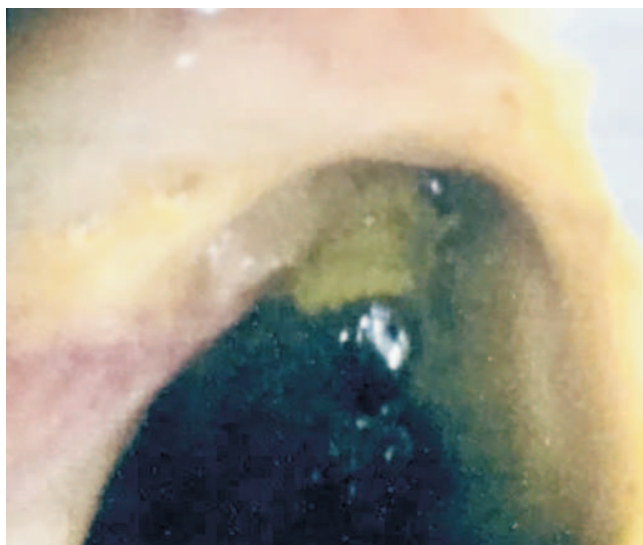


Figura 3. Colonoscopia en donde se observa paso de azul de metileno instilado por sonda vesical hacia la luz colónica a nivel de ciego.



Figura 5. Imagen histopatológica macroscópica de pieza quirúrgica escisional que corresponde a hemicolon derecho.

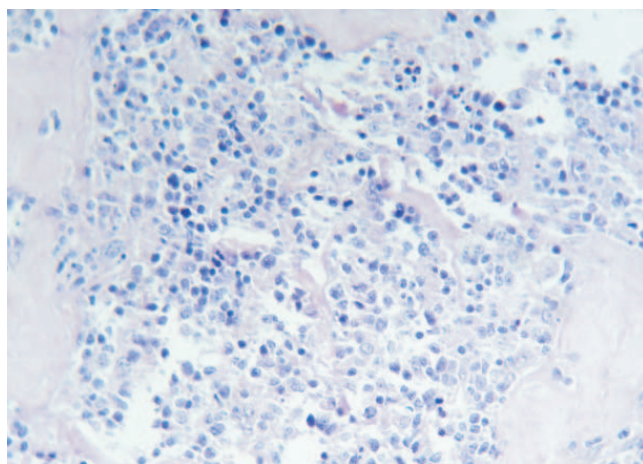


Figura 4. Imagen histopatológica de inmunohistoquímica de ganglio con infiltrado difuso hiper celular con pérdida de la arquitectura normal con células aumentadas en tamaño de aspecto linfoide derecho.

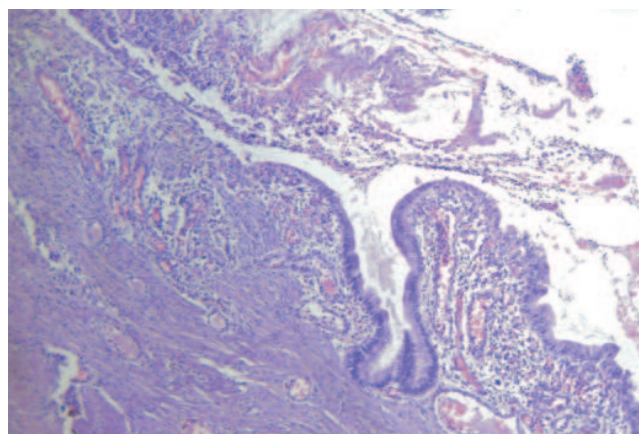


Figura 6. Imagen histopatológica microscópica panorámica de mucosa colónica con distorsión de su arquitectura normal, solución de continuidad, esfacelación glandular; tejido inflamatorio crónico y extensas zonas de hemorragia compatibles con la presencia de la fístula.

paciente a consulta externa de hematología con infección de vías urinarias, clínicamente caquética y socialmente disfuncional, se ingresó a hospitalización de hematología, durante el internamiento se realizó ultrasonido renal sin hallazgos relacionados con la patología, y cistografía con reporte de fistula entero-vesical, se valoró por urología y cirugía general sin ameritar manejo en ese momento y se envió a consulta externa de coloproctología. Acude en cuatro semanas a consulta de coloproctología refiriendo fecaluria y sintomatología urinaria de repetición, sin hallazgos a la exploración física, se realizó con hallazgo de fistula a ciego de 9 mm, se instiló azul de metileno a través de sonda Foley y se visualizó a través de orificio fistuloso (Figura 3); oncología documentó no haber contraindicación para tratamiento quirúrgico por el antecedente de LNH; por lo que se programó para cirugía. Se realizó laparotomía con resección de fistula colovesical, se encuentra trayecto fistuloso de ciego a nivel de válvula ileocecal a vejiga, se realizó hemicolectomía derecha seguida de íleo-transverso anastomosis termino-lateral con engrapadora mecánica circular de 29 mm y cierre de brecha en vejiga (Figuras 4, 5 y 6). En el sexto día postquirúrgico se presentan alzas térmicas, ultrasonido abdomino-pélvico sin hallazgos de importancia, biometría hemática sin alteraciones, examen general de orina con datos de infección de tracto urinario, se ajustó tratamiento antibiótico y al completar se egresó con sonda vesical y control por consulta externa, tres semanas posteriores acudió sin complicaciones, se retiró sonda vesical y se cita en dos meses, última TAC sin evidencia de actividad tumoral, clínicamente sin complicaciones postquirúrgicas por lo que se egresó del servicio de coloproctología.

DISCUSIÓN

La fistula colovesical generalmente se presenta en varones de la séptima década de la vida, la enfermedad diverticular complicada representa la principal causa en cerca del 65% de los casos,⁷ se presenta el caso de paciente femenino de 57 años de edad con fistula secundaria a LNH de células B, de acuerdo a lo que reporta la literatura europea y norteamericana la incidencia en mujeres es 3 veces menor con respecto a los casos en el sexo masculino. La fistula colovesical secundaria a LNH es una entidad rara, generalmente ocurre una vez iniciado el tratamiento citotóxico, la gran cantidad de células inflamatorias que infiltran la pared intestinal y la posterior regresión del linfoma pudieran provocar inflamación focal intestinal y adherencias lo que conlleva a la formación de la fistula,⁸ existen pocos casos reportados de fistula colovesical por linfoma;⁹ el linfoma abdominal primario como causa de la fistula representa una menor incidencia, incluso previo al desarrollo de la fistula puede ocurrir una perforación intestinal en el 59% de los casos según lo describe Vaidya y cols.¹⁰ En

el caso de nuestra paciente se completaron ocho ciclos de R-CHOP y casi al término del tratamiento quimioterapéutico la paciente inició con la presencia de sintomatología. Según lo que reportan Gale y cols., los síntomas que mayormente se presentan son dolor abdominal, pérdida de peso, diarrea, fácilmente confundible con otra patología gastrointestinal, posteriormente con fecaluria.¹¹ De acuerdo a Gruner y cols., la fecaluria y la neumatúria que son síntomas patognomónicos se presentan en etapas clínicas tardías,¹² incluso con un grado de respuesta inflamatoria sistémica importante secundaria a la infección urinaria, en este caso la paciente cursó con infección urinarias recurrentes al término del esquema de R-CHOP y en el control posterior presentó la fecaluria.

El diagnóstico representa un desafío, Jarret y cols., refieren que la TAC tiene una sensibilidad del 90-100% para hacer el diagnóstico,¹³ la cistoscopia puede ser útil para visualizar la fistula en el 38-48% de los casos y rara vez la fistula logra visualizarse en colonoscopia;¹⁴ en nuestra paciente se realizó TAC, colonoscopia con prueba con azul de metileno observando paso por orificio fistuloso a nivel de ciego, además de que se realizó cistografía que ayudó a confirmar el diagnóstico, tal cual se realizó en el caso reportado por Ietsugu y cols., de una fistula ileovesical.¹⁵

El manejo depende del estado en el cual se encuentre el paciente con respecto al estadio clínico del linfoma y el tratamiento citotóxico, Golabek y cols., mencionan que la resección del tejido afectado, la anastomosis y la reparación de la vejiga es el mejor manejo,¹⁶ en el caso de que se curse con el tratamiento citotóxico sin remisión del linfoma se debe decidir entre realizar el tratamiento quirúrgico y posponer la quimioterapia o retrasar la cirugía hasta el término del tratamiento citotóxico; en nuestro caso el diagnóstico se realizó inmediatamente posterior al término de la quimioterapia, lo que permitió realizar la cirugía una vez remitido el linfoma. Yoon YS y cols., señala que en el caso de una fistula de intestino a vejiga se debe resecar el segmento de intestino afectado y se puede realizar o no cierre de la vejiga;¹⁷ en el caso de nuestra paciente la fistula fue de ciego a vejiga, realizamos hemicolectomía derecha y reparación de brecha vesical, con el LNH remitido y el tratamiento citotóxico concluido aunado que no existía en ese momento una infección urinaria activa y respuesta inflamatoria sistémica, en el mismo acto quirúrgico se utilizó engrapadora circular por disponibilidad y se realizó íleo-transverso anastomosis termino-lateral con posterior cierre distal de colon transverso en dos planos.

CONCLUSIÓN

La fistula colovesical por LNH es una entidad rara, el abordaje con tomografía en sospecha de fistula marca la

pauta para un adecuado manejo, el tratamiento quirúrgico con resección y anastomosis en el mismo acto quirúrgico ha mostrado los mejores resultados.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece el apoyo para la elaboración de este trabajo al Servicio de Coloproctología del Departamento de Cirugía General, al Servicio de Anatomía Patológica y al Servicio de Archivo Clínico del Hospital Juárez de México.

CONFLICTOS DE INTERESES

En el presente artículo declaramos que el autor y coautores no tienen algún conflicto de interés con alguna institución pública o privada.

FINANCIAMIENTO

Declaramos que el presente artículo no recibió recursos de financiamiento para su realización de alguna institución del sector público o privado.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

- **Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para la investigación y realización de este trabajo no se realizaron experimentos en seres humanos o animales.
- **Confidencialidad de datos.** Los autores declaran que se han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.
- **Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

REFERENCIAS

1. Yu-Ting L, Ying-Yuan C, Chia-Yun C, Hung-Ming C, Cheng-Hwai T, Tzeon-Jye C. Enterovesical fistula caused by regressive change of non-Hodgkin's lymphoma: A case report. *Oncology Letters* 2016; 12(1): 331-3.
2. Salgado-Nesme N, Vergara-Fernández O, Espino-Urbina LA, Luna-Torres HA, Navarro-Navarro A. Advantages of minimally invasive surgery for the treatment of colovesical fistula. *Revista de Investigación Clínica* 2016; 68(6): 299-304.
3. Karabulut Z, Akkaya H, Hoşcan MB, Moray G. Ileovesical fistula secondary to chemotherapy for follicular non-Hodgkin lymphoma: a case report and review of the literature. *Turk J Gastroenterol* 2011; 22(2): 205-7.
4. Zhuang N, Zhu Q, Li W, Wang M, Yang Q, Liu W, et al. Rare intestinal fistula caused by primary lymphoma of gastrointestinal tract: two case reports and literature review. *Medicine* 2018; 97: 27.
5. Khanbhai M, Hodson C, Mahmood K, Parker MC, Solkar M. Colovesical fistula: complete healing without surgical intervention. *International Journal of Surgery Case Reports* 2014; 5(8): 448-50.
6. National Library of Medicine (US). Cystogram before removal of Foley catheter after repair of colovesical fistula. Mount Carmel Health System, Clinical Trials, 2018.
7. Woods RJ, Lavery IC, Fazio VW, Jagelman DG, Weakley FL. Internal fistulas in diverticular disease. *Disease of the Colon and Rectum* 1988; 31(8): 591-6.
8. Ansari MS, Nabi G, Singh I, Hemal AK, Pandey G. Colovesical fistula an unusual complication of cytotoxic therapy in a case of non-Hodgkin's lymphoma. *International Urology and Nephrology* 2001; 33(2): 373-4.
9. Wang V, Dorfman DM, Grover S. Enterocolic fistula associated with an intestinal lymphoma. *Medscape General Medicine* 2007; 9(1): 28.
10. Vaidya R, Habermann TM, Donohue JH, Ristow KM, Maurer MJ, Macon WR, et al. Bowel perforation in intestinal lymphoma: incidence and clinical features. *Annals of Oncology* 2013; 24(9): 2439-43.
11. Gale J, Simmonds PD, Mead GM, Sweetenham JW, Wight DH. Enteropathy-type intestinal T-cell lymphoma: clinical features and treatment of 31 patients in a single center. *Journal of Clinical Oncology* 2000; 18(75): 795-803.
12. Gruner JS, Schon JK, Johnson LW. Diagnosis and management of enterovesical fistulas in patients with Crohn's disease. *The American Surgeon* 2002; 68(8): 714-9.
13. Jarret TW, Vaughan ED Jr. Accuracy of computerized tomography in the diagnosis of colovesical fistula secondary to diverticular disease. *Journal of Urology* 1995; 153(3): 314-9.
14. Vasilevsky CA, Belliveau P, Trudel JL, Stein BL, Gordon PH. Fistulas complicating diverticulitis. *International Journal of Colorectal Disease* 1998; 13(2): 57-60.
15. Ietsugu K, Nakashima H, Kosugi M, Misaki T, Kakuda K, Tera-hata S. Multiple ileal diverticula causing an ileovesical fistula: report of case. *Surgery Today* 2002; 32(10): 916-8.
16. Golabek T, Szymanska A, Szopinski T, Bukowczan JM, Furmanek M, Powroznik J, et al. Enterovesical fistulae: A etiology, imaging and management. *Gastroenterology Research and Practice* 2013: 617967.
17. Yoon YS, Yu CS, Yang SK, Yoon SN, Lim SB, Kim JC. Intra-abdominal fistulas in surgically treated Crohn's disease patients. *World Journal of Surgery* 2010; 34(8): 1924-9.