

Fístula gastroesplénica secundaria a adenocarcinoma gástrico.

Gastrosplenic fistula secondary to gastric adenocarcinoma.

Julián David Martínez^{1,2ab}, Laura Moya^{2b}, Geovanny Hernández^{2b}, Lucía Viola^{2b}

¹ Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

² Unidad de Gastroenterología, Hospital Universitario de La Samaritana. Bogotá, Colombia.

^a Profesor asociado; ^b Gastroenterólogo

Recibido: 14-11-2014; Aprobado: 7-5-2015

RESUMEN

Se informa el caso de un paciente con una fístula gastro-esplénica ocasionada por un adenocarcinoma gástrico y bacteriemia por *Streptococcus anginosus*, con desenlace fatal.

Palabras clave: Fístula, gastroesplénica, adenocarcinoma, gástrico, *Streptococcus anginosus*

ABSTRACT

We present a case report of a patient with spontaneous gastro-splenic fistula due to gastric adenocarcinoma associated with *Streptococcus anginosus* bacteriemia and fatal outcome.

Key words: Gastrosplenic fistula, gastric, adenocarcinoma, *Streptococcus anginosus*

INTRODUCCIÓN

Las fistulas gastroesplénicas con entidades exóticas, casi siempre secundarias a neoplasias esplénicas o gástricas, son de difícil diagnóstico y que requieren de un manejo multidisciplinario (gastroenterólogo, cirujano, radiólogo, oncólogo) oportuno. El presente caso ilustra las dificultades diagnósticas y terapéuticas de esta patología.

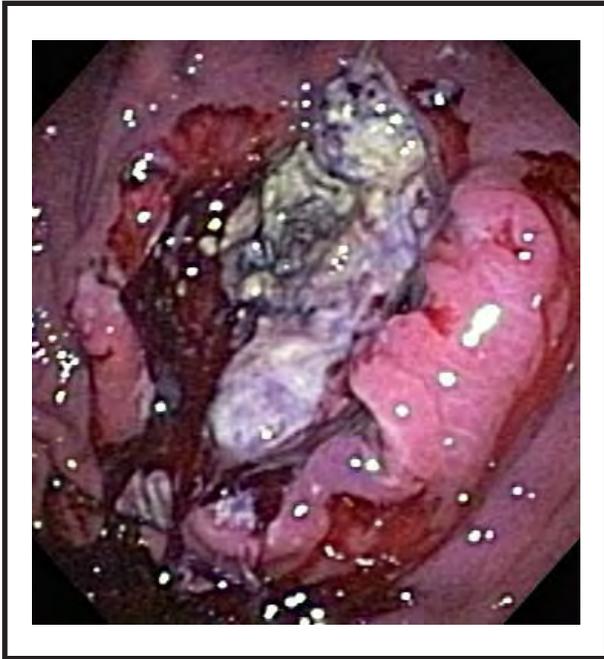
CASO CLÍNICO

Hombre de 70 años de edad que consulta por sensación febril y dolor abdominal de una semana de duración. Con antecedente médico de dengue en dos ocasiones, último episodio hace 5 años y bebedor de alcohol de forma ocasional, el examen físico mostró un paciente consiente, febril (38° centígrados de temperatura), pálido, sin dificultad respiratoria, frecuencia cardíaca de 110 pulsaciones/minuto y con dolor a la palpación del hemiabdomen superior. El hemograma mostró hemoglobina de 11 gr/dl, leucocitos 11 000/mm³ (neutrófilos de 70%) y trombocitopenia de 40 000/mm³. La TAC abdominal reporta trombosis de la vena porta y colección subcapsular esplénica y engrosamiento inespecífico de la mucosa del fondo gástrico (Figura 1). Los hemocultivos fueron positivos para *Streptococcus anginosus* y se inicia cubrimiento antibiótico con vancomicina. El paciente persistió en malas condiciones generales, con requerimiento de soporte vasopresor por inestabilidad hemodinámica y transfusión de hemoderivados por descenso de la hemoglobina en 3 gr/dl, se practica endoscopia digestiva alta que mostro en el fondo gástrico, gran coagulo que al ser removido



Figura 1. TAC de abdomen, la flecha muestra una fístula gastroesplénica.

permitió observar una lesión ulcerada e infiltrante de 3 cm de diámetro, con fondo necrótico y con un orificio de 3 mm sugestivo de fístula (Figura 2), se tomaron biopsias de los bordes posteriormente informadas como adenocarcinoma gástrico. Se realizó laparotomía con evidencia de gran ulceración gástrica de aspecto maligno penetrada al bazo y colección periesplénica de aproximadamente 400 ml de contenido purulento, el paciente fallece durante el acto quirúrgico.



Fotografía 2. Fístula gastroesplénica por adenocarcinoma ulcerado.

DISCUSIÓN

Las fístulas gastroesplénicas son una rara complicación de tumores malignos del bazo particularmente los linfomas, de adenocarcinomas gástricos, de úlceras pépticas penetradas y de la enfermedad de Crohn ⁽¹⁾. También se han informado casos secundarios a radioterapia y cuando tumores de bazo que han infiltrado la pared gástrica experimentan una rápida regresión posterior a la quimioterapia ⁽²⁾.

Su principal diagnóstico diferencial, son los abscesos esplénicos, patología también infrecuente (0,2% de las autopsias) y que generalmente son secundarios a trauma y/o infecciones abdominales o por diseminación hematogena como en la endocarditis bacteriana ⁽³⁾.

En 1962, Scoville y cols. Informaron los primeros casos, en la autopsia de un paciente con linfoma y en otro con presencia de aire en el bazo aumentado de tamaño ("aerosplenomegalia") ⁽⁴⁾.

La presentación clínica fue descrita por Harrison en 1984 y consiste en dolor abdominal en el cuadrante superior izquierdo, fiebre, anorexia y pérdida de peso.

El examen físico suele mostrar un paciente gravemente enfermo, febril, con dolor abdominal y en algunos casos esplenomegalia ^(5,6).

Los Rx de tórax pueden mostrar atelectasias y/o derrames pleurales izquierdos secundarios a irritación subdiafragmática en el 70% de los pacientes ⁽³⁾.

La TAC abdominal con medio de contraste oral e intravenoso, muestra la presencia de una cavidad intraesplénica con aire en su interior y la existencia de una comunicación anormal entre el estómago y el bazo; la endoscopia digestiva confirma la presencia de la fístula y permite la toma de biopsias para confirmar el diagnóstico de malignidad, como en el presente caso ⁽⁷⁾.

El manejo quirúrgico es el recomendado, a causa que la digestión péptica de los vasos esplénicos puede generar una hemorragia masiva y fatal, la esplenectomía y la gastrectomía parcial o total son generalmente necesarias y en algunos casos la pancectomía distal es requerida, la supervivencia del paciente está en estrecha relación con el origen de la fístula y es mala en los casos secundarios a neoplasias gástricas como fue el desenlace de nuestro caso informado. En aquellos pacientes imposibilitados para el manejo quirúrgico el drenaje percutáneo de las colecciones del bazo, la quimioterapia y la embolización selectiva de la arteria esplénica en casos de sangrado masivo, han sido descritos ⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Streptococcus anginosus son cocos gram positivos, se organizan en cadena, son catalasa negativos, manitol positivo y forman parte del grupo *Streptococcus milleri*. Pueden no tener carácter hemolítico o generar hemólisis alfa o gamma ⁽¹¹⁾.

Son microorganismos saprófitos, que circunstancialmente se tornan patógenos. Dentro del grupo *anginosus* se reconocen tres especies: *Streptococcus anginosus*, *Streptococcus constellatus*, *Streptococcus intermedius*, este último se asocia más con los abscesos cerebrales ⁽¹²⁾.

Se han informados abscesos cerebrales, hepáticos, esplénicos y bacteriemias por este germen, también abscesos intrabdominales, endocarditis y asociado con tumores abdominales (colangiocarcinomas, carcinomas gástricos y de colon) y con colangitis supurativa ⁽¹³⁾.

Se han descrito varios factores que favorecen la colonización de diferentes tejidos por esta bacteria generalmente saprófita. La producción de una molécula de adhesión que desarrolla uniones con la fibronectina de las células del hospedero, lo que ocasiona resistencia a la activación de los neutrófilos e inhibe la respuesta inflamatoria ⁽¹⁴⁾.

La capacidad de *Streptococcus anginosus* para desarrollar abscesos se debe a la producción de proteasas, sialidasas y hialuronidasas y también la producción de una citotoxina ILY (intermedilisina) capaz de producir poros en las membranas celulares. Se han encontrado en cepas bacterianas aisladas de abscesos profundos (hepáticos, cerebrales), ILY en concentraciones diez veces mayor a las encontradas en cepas aisladas de las placas dentales, hallazgo que sugiere que la ILY es

la molécula clave en la necrosis tisular y la formación posterior de los abscesos ⁽¹⁵⁾.

La reacción en cadena de polimerasa (PCR) es el método que permite identificar con mejor precisión los diferentes fenotipos de *Streptococcus anginosus*, la aplicación de la amplificación y secuenciación de 16S rRNA bacteriano ha servido como herramienta complementaria a los cultivos selectivos (agar Mitis, Todd Hewitt, BHI enriquecido con glucosa al 5% en microaerofilia) y aumenta la posibilidad de un tratamiento específico ⁽¹⁶⁾. La terapia antibiótica recomendada en la actualidad son las cefalosporinas de tercera generación como cefotaxima intravenosa, vancomicina, imipenem y teicoplanina son de gran utilidad en el tratamiento de abscesos y de bacteriemias ⁽¹⁷⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delgado MJ, Bernardos A, Serrano, Buezas G, del Alamo C. Fístula gastroesplénica por linfoma primario. Rev Esp Enferm Dig. 1994;86:543-5.
2. Bubenik O, López MJ, Greco AO, Kraybill WG, Cherwitz DL. Gastrosplenic fistula following successful chemotherapy for disseminated histiocytic lymphoma. Cancer. 1983; 52(6):994-6.
3. Iñíguez A, Butte JM, Zúñiga A, Torres J, Llanos O. Abscesos esplénicos. Comunicación de siete casos y revisión de la literatura. Rev Med Chile. 2008;136(1):38-43.
4. de Scoville A, Bovy P, Demeester P. "Aerosplenomegalie" radiologique par lymphosarcome splénique necrosant á double fistulation dans le tube digestif. Acta Gastroenterol Belg. 1967 Dec;30(12):840-6.
5. Harris NL, Aisenberg AC, Meyer JE, Ellum L, Elman A. Diffuse large cell (histiocytic) lymphoma of the spleen. Clinical and pathologic characteristics of ten cases. Cancer. 1984 Dec 1;54(11):2460-7.
6. Carolin KA, Prakash SH, Silva YJ. Gastrosplenic fistulas: a case report and review of the literatura. Am Surg. 1997 Nov;63(11):1007-10.
7. Khan F, Vessal S, McKimm E, D'Souza R. Spontaneous gastrosplenic fistula secondary to primary splenic lymphoma. BMJ Case Rep. 2010 Oct 21;2010. pii: bcr0420102932. doi: 10.1136/bcr.04.2010.2932.
8. Kerem M, Sakrak O, Yilmaz TU, Gultekin FA, Dursun A, Bedirli A. Spontaneous gastrosplenic fistula in primary gastric lymphoma: surgical management. Asian J Surg. 2006 Oct;29(4):287-90.
9. Bird MA, Amjadi D, Behms KE. Primary splenic lymphoma complicated by hematemesis and gastric erosion. South Med J. 2002 Aug;95(8):941-2.
10. García Marín A, Bernardos García L, Vaquero Rodríguez A, Menchén Viso L, Turégano Fuentes F. Spontaneous gastrosplenic fistula secondary to primary gastric lymphoma [carta]. Rev Esp Enferm Dig. 2009 Jan;101(1):76-8.
11. Ruoff KL. *Streptococcus anginosus (Streptococcus milleri): the unrecognized pathogen*. Clin Microbiol Rev. 1988 Jan;1(1):102-8.
12. Claridge JE 3rd, Attorri S, Musher DM, Hebert J, Dunbar S. *Streptococcus intermedius, Streptococcus constellatus and Streptococcus anginosus (Streptococcus milleri group) are different clinical importance and are not equally associated with abscess*. Clin Infect Dis, 2001;32: 1511-1515
13. Matamala JM, Núñez C, Ogrodnik R, Cartier L. Cerebritis bifrontal y absceso cerebral por *Streptococcus* del grupo *anginosus*, en paciente previamente sano. Caso clínico. Rev Med Chile. 2013;141(1):109-43.
14. Wanahita A, Goldsmith EA, Muller DM, Clarridge JE, Rubio J, Krishnan B, et al. Interaction between human polymorphonuclear leukocytes and *Streptococcus milleri* group bacteria. J Infect Dis, 2002; 185: 85-90
15. Nagamune H, Whiley RA, Goto T, Inai Y, Maeda T, Hardie JM, et al. Distribution of the intermedilysin gene among the *anginosus* group streptococci and correlation between intermedilysin production and deep-seated infection with *Streptococcus intermedius*. J Clin Microbiol. 2000 Jan;38(1):220-6.
16. Petti CA. Detection and identification of microorganisms by gene amplification and sequencing. Clin Infect Dis. 2007 Apr 15;44(8):1108-14.
17. Tracy M, Wanahita A, Shuhatovich Y, Goldsmith EA, Clarridge JE, Musher DM. Antibiotic susceptibilities of genetically characterized *Streptococcus milleri* group, strains. Antimicrob Agents Chemother. 2001 May;45(5):1511-4.

Correspondencia: Julián David Martínez
Carrera 8 0-55 Sur, Bogotá DC, Colombia.
E-mail: jdmartinezma@unal.edu.co

FUJIFILM

Fístula gas

FUJIFILM
Value from Innovation



et al



NUEVO



LASEREO

Nueva Generación de
Sistema Endoscópico con Luz Laser



LL-4450
Fuente de Luz Laser

VP-4450HD
Video Procesador

XL-4450
Fuente de Luz Xenon

Av. Guardia Civil 270 Corpac - San Isidro
Lima 27 - Perú
Telf: (511) 225-5544 Fax: (511) 225-0618
tecnomed@tecnomed.com.pe



www.tecnomed.com.pe

tecnomed

166 v stro

tecnomed

FUJIFILM