

El rol de la colonoscopia en un terreno hostil: abordaje exitoso de fístula coloatmosférica por perforación iatrogénica tardía

The Role of Colonoscopy in a Hostile Abdomen: Successful Management of a Coloatmospheric Fistula Due to Late Iatrogenic Perforation

Nairo Senejoa-Núñez,¹ Carlos Martínez-Jaramillo,¹ Ada Bustos-Guerrero,^{2*} Diego Efraín Valbuena,¹ Heinz Ibáñez,¹ Sergio Camilo Ayala,² Ronel Eduardo Barbosa,¹ Juan Camilo Arboleda,² Eliana Cortés.²

ACCESO ABIERTO

Citación:

Senejoa-Núñez N, Martínez-Jaramillo C, Ibáñez H, Barbosa RE, Valbuena DE, Ayala SC, Cortés C, Arboleda JC, Bustos-Guerrero A. El rol de la colonoscopia en un terreno hostil: abordaje exitoso de fístula coloatmosférica por perforación iatrogénica tardía. *Revista. colomb. Gastroenterol.* 2026;41(2):234-238. <https://doi.org/10.22516/25007440.1446>

¹ Médico, especialista en Cirugía General y subespecialista en Cirugía y Endoscopia Colorrectal, Hospital Militar Central, Servicio de Coloproctología. Bogotá, Colombia.

² Médico, especialista en Cirugía General y *felllow* en Cirugía y Endoscopia Colorrectal, Hospital Militar Central, Servicio de Coloproctología. Bogotá, Colombia.

*Correspondencia: Ada Bustos-Guerrero. adabustosmd@gmail.com

Fecha recibido: 05/09/2025
Fecha aceptado: 12/11/2025



Resumen

Objetivo: reportar la contribución del manejo endoscópico en el abordaje terapéutico de una paciente con perforación colónica tardía compleja con fístula enteroatmosférica, destacando su impacto en el tratamiento, la evolución clínica y su relevancia como herramienta mínimamente invasiva en la práctica médica. **Caso clínico:** se presenta el caso de una paciente con una fístula en el ángulo esplénico del colon, secundaria a una perforación tardía por un absceso retroperitoneal y periesplénico posterior a una nefrectomía. La evolución estuvo marcada por un abdomen hostil, producto de múltiples intervenciones quirúrgicas, incluyendo lavados peritoneales y el uso de terapia con sistema de presión negativa. A pesar de esto, no se logró un control adecuado de la fístula. Debido a la complejidad del cuadro y a la falta de respuesta al tratamiento convencional, la paciente fue llevada a manejo endoscópico como alternativa terapéutica. **Conclusión:** el manejo endoscópico con hemoclips constituye una alternativa eficaz y segura para el cierre de fístulas colónicas en pacientes con abdomen hostil, la cual permite disminuir la estancia hospitalaria y evitar reintervenciones quirúrgicas mayores favoreciendo una recuperación completa.

Palabras clave

Colonoscopia, clips, endoscopia, perforación intestinal.

Abstract

Objective: To report the contribution of endoscopic management in the therapeutic approach to a patient with complex late colonic perforation and enteroatmospheric fistula, highlighting its impact on treatment, clinical course, and relevance as a minimally invasive tool in medical practice. **Case report:** We present the case of a patient with a fistula at the splenic flexure of the colon, secondary to a late perforation caused by a retroperitoneal and perisplenic abscess following nephrectomy. The clinical course was marked by a hostile abdomen resulting from multiple surgical interventions, including peritoneal lavage and the use of negative pressure therapy. Despite these measures, adequate fistula control was not achieved. Given the complexity of the condition and lack of response to conventional treatment, the patient underwent endoscopic management as a therapeutic alternative. **Conclusion:** Endoscopic management using hemoclips represents an effective and safe alternative for the closure of colonic fistulas in patients with a hostile abdomen. It reduces hospital stay and avoids major surgical reinterventions, thereby promoting full recovery.

Keywords

Colonoscopy; clips; endoscopy; intestinal perforation.

INTRODUCCIÓN

Las fistulas coloatmosféricas tradicionalmente se manejan quirúrgicamente, ya sea mediante rafia primaria en escenarios agudos o pueden ser necesarias resecciones colónicas más extensas y estomas, lo que aumenta la morbimortalidad de los pacientes en estos casos. Existe literatura en el manejo endoscópico exitoso de perforaciones colónicas tempranas por colonoscopia intervenidas de forma inmediata con hemoclips u *over-the-scope clip* (OTSC) según el tamaño de la perforación^(1,2). No obstante, la literatura disponible ofrece datos limitados sobre la eficacia del manejo endoscópico en el contexto de fistulas coloatmosféricas, particularmente en pacientes con un abdomen hostil. Se presenta el caso de un cierre endoscópico exitoso mediante hemoclips de una fistula fecal, lo que permitió una evolución clínica favorable y satisfactoria.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Una paciente femenina de 60 años fue inicialmente manejada en un centro de menor complejidad con nefrectomía izquierda y drenaje de absceso del psoas por lumbotomía. Posteriormente fue remitida a un nivel de mayor complejidad, donde el grupo de cirugía general le realizó una laparotomía con drenaje de absceso periesplénico, esplenectomía y colocación de un sistema de presión subatmosférica debido a la persistente contaminación de la cavidad abdominal.

tomía con drenaje de absceso periesplénico, esplenectomía y colocación de un sistema de presión subatmosférica debido a la persistente contaminación de la cavidad abdominal.

Durante uno de los lavados peritoneales se identificó una fistula colónica en el ángulo esplénico, la cual no se pudo controlar ni orientar (**Figura 1**), por lo que se mantuvo la contaminación intrabdominal con un abdomen hostil. Su localización se confirmó por un enema de colon (**Figura 2**). Posteriormente, se realizó un intento de cierre endoscópico y durante la colonoscopia se aplicó índigo carmín, lo que permitió identificar con precisión el sitio fistuloso en el ángulo esplénico del colon, una región de difícil abordaje debido a su disposición anatómica. Se procedió a colocar dos hemoclips y se obtuvo el cierre completo de la fistula (**Figura 3**). La efectividad del procedimiento fue confirmada mediante un enema de colon (**Figura 4**). Esto permitió que se lograra el cierre progresivo de la cavidad abdominal, con una evolución clínica favorable (**Figura 5**).

DISCUSIÓN

El manejo de las fistulas intestinales continúa representando uno de los mayores retos en la cirugía gastrointestinal, especialmente cuando se presentan en el contexto de un abdomen hostil o después de una perforación colónica tardía. Su



Figura 1. Abdomen abierto con sistema de presión subatmosférica y fistula coloatmosférica no orientada. Imagen propiedad de los autores.

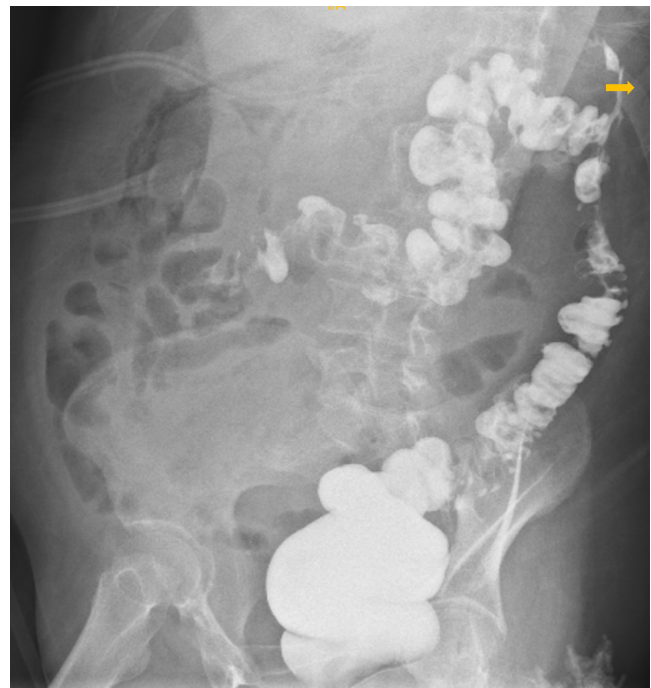


Figura 2. Fístula en el ángulo esplénico del colon (flecha amarilla). Imagen propiedad de los autores.

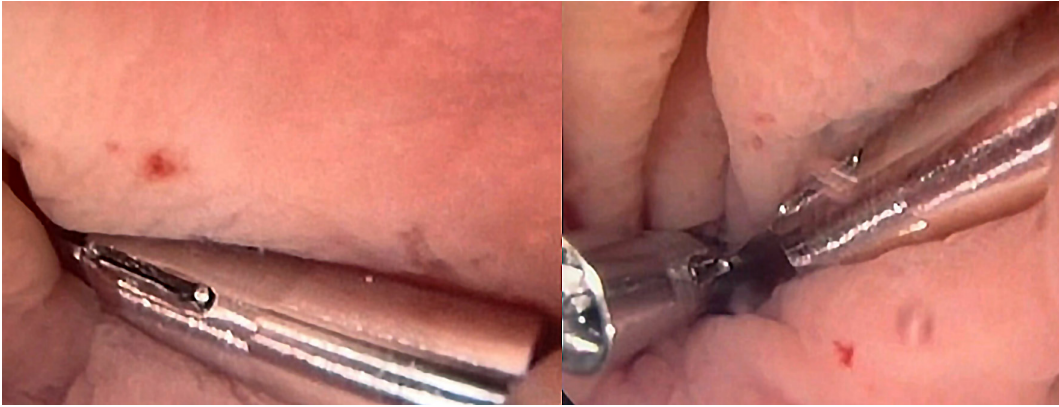


Figura 3. Cierre endoscópico de la fistula coloatmosférica con dos hemoclips. Imágenes propiedad de los autores.

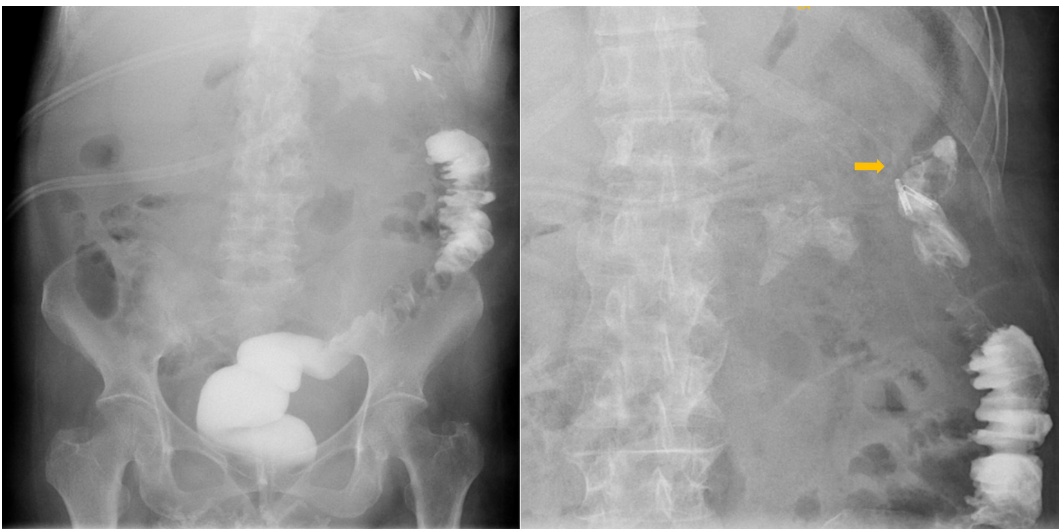


Figura 4. Adecuado llenado de la ampolla rectal, colon sigmoide y descendente. Se observa el paso del medio de contraste por el sitio de la colocación de hemoclips sin evidencia de presencia de fistulas (flecha amarilla). Imágenes propiedad de los autores.



Figura 5. Cierre progresivo de la cavidad abdominal con un adecuado control de la contaminación. Imágenes propiedad de los autores.

abordaje requiere una evaluación completa que contemple factores anatómicos, fisiológicos y clínicos, entre los que destacan la localización del defecto, el tamaño, el tiempo de evolución, el grado de contaminación peritoneal y las condiciones generales del paciente. Tradicionalmente, el manejo quirúrgico ha constituido el pilar fundamental de manejo, orientado a controlar el foco séptico, reseca el segmento afectado y reestablecer si es posible la continuidad intestinal^(3,4). Sin embargo, esta estrategia conlleva a una morbilidad considerable, particularmente en un paciente con sepsis establecida debido a una contaminación importante de la cavidad peritoneal, lo que lleva a una cascada inflamatoria sistémica y un rápido deterioro, aumentando la mortalidad hasta en un 40% por sepsis grave⁽⁵⁾.

En este escenario, los avances tecnológicos en endoscopia terapéutica han permitido el desarrollo de alternativas menos invasivas para el manejo de fistulas gastrointestinales y consolidar el cierre con clips como una alternativa mínimamente invasiva frente al tratamiento quirúrgico convencional. El cierre endoscópico mediante clips, ya sea con dispositivos convencionales o sistemas OTSC, ha demostrado resultados alentadores en el tracto gastrointestinal superior, especialmente en fistulas y perforaciones esofágicas y gastroduodenales, tanto de origen iatrogénico como posquirúrgico o espontáneo⁽⁶⁻⁸⁾.

En el colon, la aplicación de esta técnica se ha descrito principalmente para el manejo de perforaciones secundarias a procedimientos colonoscópicos, y ha demostrado resultados alentadores en términos de eficacia y seguridad. No obstante, el éxito de esta estrategia depende en gran medida de una adecuada selección de pacientes, y los candidatos ideales son aquellos que no presentan peritonitis fecal instaurada y que mantienen condiciones hemodinámicas y fisiológicas estables. En este contexto, la identificación temprana de la lesión, la viabilidad de los bordes tisulares y la disponibilidad de un colonoscopista con experiencia resultan determinantes para el pronóstico favorable⁽⁹⁻¹¹⁾.

Por su parte, la evidencia disponible sobre la reparación endoscópica de las fistulas colocolitaneas en el contexto de un abdomen contaminado y hostil es escasa. Aunque se han reportado algunos casos exitosos en escenarios posquirúrgicos⁽¹²⁻¹⁴⁾, los datos aún son insuficientes para establecer fuertes recomendaciones en su implementación. La evaluación previa al procedimiento mediante estudios de imagen como la fistulografía, el colon por enema y la tomografía computarizada contrastada permite planear con mayor precisión la estrategia terapéutica, de modo que se

puede optimizar la localización del trayecto fistuloso y disminuir el riesgo de fracaso terapéutico⁽¹⁵⁾. La evaluación de las características del defecto incluyendo el tamaño, la localización anatómica y la viabilidad de los bordes constituye un aspecto crítico al momento de seleccionar la estrategia terapéutica. Además, la elección del dispositivo endoscópico debe individualizarse de acuerdo con el tamaño y la morfología del defecto: los clips convencionales resultan útiles para perforaciones pequeñas (<10 mm), mientras que los sistemas OTSC o las suturas endoscópicas se reservan para lesiones mayores o con bordes irregulares^(15,16).

En nuestro caso, se verificó la localización de la fístula tanto por la evaluación clínica como por estudios de imagen, lo que permitió realizar el planeamiento previo a la colonoscopia y facilitó la ubicación de la fístula. El cierre endoscópico se efectuó exitosamente mediante la aplicación de dos hemoclips, guiado por tinción con índigo carmín, y se confirmó posteriormente la adecuada exclusión del trayecto fistuloso y el paso del medio de contraste hacia el colon proximal. Este resultado favoreció el cierre progresivo de la cavidad abdominal al haberse controlado el foco de contaminación, evitando la necesidad de una derivación proximal y con una evolución clínica satisfactoria. La experiencia del colonoscopista y la adecuada selección del paciente se consolidan como factores fundamentales para el éxito de esta estrategia, en especial en escenarios complejos como el de un abdomen hostil. Aunque la cirugía continúa siendo el pilar terapéutico en la mayoría de los casos, el cierre endoscópico puede considerarse una alternativa válida en pacientes cuidadosamente seleccionados, siempre que se cuente con los recursos y la experticia necesaria.

No obstante, la ausencia de estudios prospectivos y de series amplias constituye una limitación significativa, lo que enfatiza la necesidad de investigaciones adicionales que permitan definir con mayor precisión el papel del manejo endoscópico dentro del algoritmo terapéutico de las fistulas colocolitaneas.

CONCLUSIÓN

En el caso de las perforaciones colónicas tardías, el manejo quirúrgico es la primera línea terapéutica. El manejo endoscópico constituye una alternativa eficaz y segura en manos expertas para el cierre de fistulas colónicas en pacientes con abdomen hostil, lo que permite disminuir la estancia hospitalaria y evita reintervenciones quirúrgicas mayores favoreciendo una recuperación completa en los pacientes.

REFERENCIAS

1. Jung Y. Endoscopic Management of Iatrogenic Colon Perforation. *Clin Endosc.* 2020;53(1):29-36. <https://doi.org/10.5946/ce.2019.061>
2. Inoki K, Sakamoto T, Sekiguchi M, Yamada M, Nakajima T, Matsuda T, et al. Successful endoscopic closure of a colonic perforation one day after endoscopic mucosal resection of a lesion in the transverse colon. *World J Clin Cases.* 2016;4(8):238-42. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v4.i8.238>
3. Singh RR, Nussbaum JS, Kumta NA. Endoscopic management of perforations, leaks and fistulas. *Transl Gastroenterol Hepatol.* 2018;3:85. <https://doi.org/10.21037/tgh.2018.10.09>
4. Hedrick TL, Kane W. Management of Acute Anastomotic Leaks. *Clin Colon Rectal Surg.* 2021;34(6):400-405. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1735271>
5. Waibel BH, Rotondo MF. Damage control for intra-abdominal sepsis. *Surg Clin North Am.* 2012;92(2):243-57. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2012.01.006>
6. Rustagi T, McCarty TR, Aslanian HR. Endoscopic Treatment of Gastrointestinal Perforations, Leaks, and Fistulae. *J Clin Gastroenterol.* 2015;49(10):804-9. <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000000409>
7. Fockens P. Endoscopic Management of Perforations in the Gastrointestinal Tract. *Gastroenterol Hepatol (N Y).* 2016;12(10):641-643.
8. Rodella L, Laterza E, De Manzoni G, Kind R, Lombardo F, Catalano F, et al. Endoscopic clipping of anastomotic leakages in esophagogastric surgery. *Endoscopy.* 1998;30(5):453-6. <https://doi.org/10.1055/s-2007-1001307>
9. Hassan MA, Thomsen CØ, Vilmann P. Endoscopic treatment of colorectal perforations: a systematic review. *Dan Med J.* 2016;63(4):A5220.
10. Byeon JS. Colonic perforation: can we manage it endoscopically? *Clin Endosc.* 2013;46(5):495-9. <https://doi.org/10.5946/ce.2013.46.5.495>
11. Raju GS, Saito Y, Matsuda T, Kaltenbach T, Soetikno R. Endoscopic management of colonoscopic perforations. *Gastrointest Endosc.* 2011;74(6):1380-8. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2011.08.007>
12. Familiari P, Macri A, Consolo P, Angiò L, Scaffidi MG, Famulari C, et al. Endoscopic clipping of a colocolic fistula following necrotizing pancreatitis: case report. *Dig Liver Dis.* 2003;35(12):907-10. <https://doi.org/10.1016/j.dld.2003.05.001>
13. Lee SO, Jeong YJ. Colonoscopic clipping of fecal fistula that occurred as a postoperative complication in patients with perforated appendicitis: two case reports. *Gastrointest Endosc.* 2001;54(2):245-7. <https://doi.org/10.1067/mge.2001.114411>
14. Kumar R, Naik S, Tiwari N, Sharma S, Varshney S, Pruthi HS. Endoscopic closure of fecal colo-cutaneous fistula by using metal clips. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2007;17(5):447-51. <https://doi.org/10.1097/SLE.0b013e3180dc9392>
15. Su CH, Yu FJ, Tsai HL, Wang JY. Endoscopic closure of colonic fistulas in colon cancer patients using a combination of hemoclips and endoloops: two case reports. *Tech Coloproctol.* 2014;18(2):205-8. <https://doi.org/10.1007/s10151-011-0793-2>
16. Boumitri C, Kumta NA, Patel M, Kahaleh M. Closing perforations and postperforation management in endoscopy: duodenal, biliary, and colorectal. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2015;25(1):47-54. <https://doi.org/10.1016/j.giec.2014.09.010>