

Fístula perianal como presentación tardía de la diverticulitis aguda: análisis clínico-quirúrgico

Marta Moreno¹, Daniel Sánchez Peláez², Macarena Tejero García¹

¹ Hospital de Mérida, Servicio de Cirugía General y del aparato digestivo.

² Sistema Nacional de Salud Español

Para citar:

Moreno M, Sánchez Peláez D, Tejero García M. Fístula perianal como presentación tardía de la diverticulitis aguda: análisis clínico-quirúrgico. *Rev. argent. coloproctología*. 2026;37(3):29-32. doi:10.46768/quezadv67

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista: <https://doi.org/10.46768/quezadv67>

Recibido: 17-03-2026

Aceptado: 19-06-2026



© 2026 Los autores. Publicado por Revista Argentina de Coloproctología. Este artículo se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Correspondencia

Marta Moreno

marta.moreno@salud-juntaex.es

RESUMEN

La fístula colocutánea es una complicación infrecuente de la enfermedad diverticular y su extensión hacia la región perianal constituye una presentación excepcional. Presentamos el caso de un varón de 64 años con una fístula perianal de un año de evolución, secundaria a un absceso perianal, sin antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal. La ecografía endoanal mostró un trayecto interesfintérico sin identificación del orificio fistuloso interno. La resonancia magnética de pelvis mostró un trayecto fistuloso en proximidad al colon sigmoide, con extensión pararectal hasta el músculo elevador del ano y la fosa isquioanal izquierda. La tomografía computarizada mostró una fístula compleja secundaria a la perforación de un divertículo sigmoideo. Se realizó sigmoidectomía laparoscópica con anastomosis primaria, con evolución posoperatoria favorable y sin complicaciones. Este caso pone de relieve la utilidad de la resonancia magnética pelviana para delimitar la anatomía y la extensión de la enfermedad, así como para facilitar la planificación quirúrgica. La sigmoidectomía laparoscópica con anastomosis primaria puede constituir una opción viable y segura en pacientes cuidadosamente seleccionados.

Palabras clave: fístula perianal; fístula colocutánea; diverticulitis aguda; colopatía diverticular complicada, sigmoidectomía laparoscópica

ABSTRACT

A colocutaneous fistula is a rare complication of diverticular disease, and extension into the perianal region represents an exceptionally uncommon presentation. We report the case of a 64-year-old man with a 1-year history of a perianal fistula following a perianal abscess, without a history of inflammatory bowel disease. Endoanal ultrasonography demonstrated an intersphincteric fistulous tract, although the internal opening could not be identified. Pelvic magnetic resonance imaging (MRI) revealed a fistulous tract originating near the sigmoid colon and extending pararectally toward the levator ani muscle and left ischioanal fossa. Computed tomography demonstrated a complex fistula associated with perforation of a sigmoid diverticulum. The patient underwent laparoscopic sigmoidectomy with primary colorectal anastomosis. His postoperative course was uneventful, with no complications. This case highlights the value of pelvic MRI in delineating the anatomy and extent of complex fistulizing diverticular disease and in facilitating surgical planning. Laparoscopic sigmoidectomy with primary anastomosis may represent a feasible and safe approach in carefully selected patients.

Keywords: perianal fistula; colocutaneous fistula; acute diverticulitis; complicated diverticular colopathy; laparoscopic sigmoidectomy

INTRODUCCIÓN

La fístula perianal se define como una comunicación anómala entre el epitelio glandular de la línea dentada y la superficie cutánea perianal, que en la mayoría de los casos constituye una manifestación crónica posterior a un absceso perianal.¹ Su prevalencia real es difícil de establecer, dado que muchos síntomas anales se atribuyen erróneamente a crisis hemorroidales. Se estima que entre el 15% y el 38% de los pacientes con un absceso perianal desarrollan posteriormente una fístula.²

La etiología más frecuente corresponde a

la infección criptoglandular, secundaria a la obstrucción e infección del conducto excretor de las glándulas anales.

Este proceso infeccioso progresa siguiendo el trayecto de menor resistencia a través del espacio interesfintérico,² y la posterior epitelización de los trayectos fistulosos conduce a la formación definitiva de la fístula.

Un segundo grupo etiológico relevante corresponde a las fístulas asociadas a la enfermedad de Crohn, cuyo mecanismo patogénico deriva de la inflamación transmural intestinal y no de la infección criptoglandular.³

Asimismo, las fístulas perianales pueden presentarse como consecuencia de traumatismos obstétricos, radioterapia, o procesos infecciosos como la tuberculosis o el linfogranuloma venéreo, que pueden originar masas perianales.

La diverticulitis aguda es una entidad prevalente en los países occidentales, cuya incidencia aumenta con la edad y muestra un predominio en el sexo masculino². Entre sus complicaciones más relevantes se encuentra la formación de fístulas, que se observan en aproximadamente el 27% de los pacientes tratados quirúrgicamente. Las localizaciones más frecuentes son las fístulas colovesicales, colovaginales y coloentéricas.³ La fístula colocutánea es una complicación infrecuente de la enfermedad diverticular, con una incidencia inferior al 7% de los casos. Puede desarrollarse como consecuencia de una diverticulitis aguda complicada por perforación localizada y formación de un absceso pericólico, que posteriormente establece un trayecto fistuloso hacia la piel o estructuras adyacentes.¹ En los casos con extensión pélvica, aunque de forma excepcional, el proceso inflamatorio e infeccioso puede diseccionar los planos anatómicos pararectales y propagarse hacia el periné o la región perianal.

PRESENTACIÓN DE CASO

Varón de 64 años derivado a la consulta por fístula perianal de un año de evolución secundaria a un absceso perianal. No refería dolor abdominal, fiebre, ni clínica miccional durante el proceso. Negó historia de abscesos previos y enfermedad inflamatoria personal o familiar.

A la exploración perianal en posición de litotomía, se observó

orificio fistuloso externo (OFE) en hora 3, a 5 cm del margen anal. Tras la canalización e instilación de solución salina no se visualizó salida por el canal anal. Se realizó tacto rectal sin palpar orificio fistuloso interno (OFI).

La ecografía endoanal reveló un trayecto interesfintérico curvilíneo originado en hora 3, sin identificación del OFI, por lo que se solicitó resonancia magnética nuclear (RMN) de pelvis, donde se visualizó un trayecto fistuloso cercano al colon sigmoidees que desciende en forma pararectal hasta el músculo elevador del ano, en cuya proximidad se asocia a un absceso (Fig. 1A). El extremo distal llega a la fosa isquianal izquierda (Fig. 1AB). En la colonoscopia se descartó actividad inflamatoria. La tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis mostró una fístula compleja secundaria a un divertículo perforado del colon sigmoidees (Fig. 2).

Se decidió realizar una sigmoidectomía laparoscópica con cateterización ureteral izquierda previa. Durante la exploración se evidenció un proceso inflamatorio localizado en el colon sigmoidees, con adherencias firmes tanto a asas de intestino delgado como al parietocólico izquierdo, las cuales fueron cuidadosamente liberadas. En el transcurso de la disección se identificó un trayecto fistuloso originado en la cara anterolateral izquierda del colon sigmoidees, que se extendía hacia el espacio extraperitoneal y presentaba una adherencia firme a la vesícula seminal izquierda. Se procedió a la disección del trayecto fistuloso; sin embargo, a pesar de la cateterización ureteral izquierda, la dificultad para delimitar con seguridad el trayecto fistuloso y su relación con el uréter motivó la conversión a cirugía abierta con el fin de minimizar el riesgo de lesión ureteral y otras complicaciones intraoperatorias.

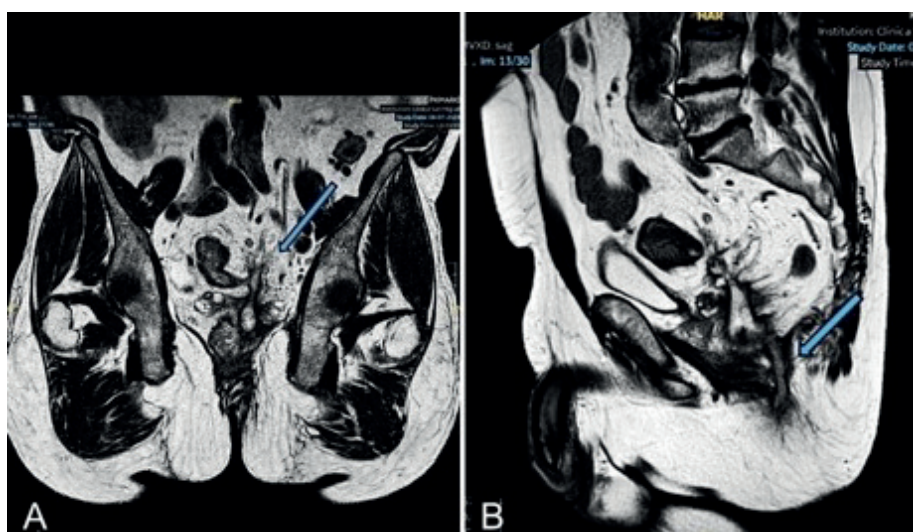


Figura 1. RMN de pelvis que muestra una fístula perianal secundaria a diverticulitis sigmoidea aguda complicada. A. Calcanza la orte coronal: se observa el origen pelviano del trayecto fistuloso (flecha) y una pequeña colección asociada. B. Corte sagital: el trayecto fistuloso se extiende a través músculo elevador del ano y alcanza la fosa isquioanal (flecha).



Figura 2. TC de abdomen con contraste, corte coronal. Se observa fuga de contraste y un trayecto fistuloso paralelo al colon sigmoide, que presenta paredes engrosadas y múltiples divertículos.

Tras la conversión, se completó la movilización del colon sigmoide mediante maniobras de decolamiento con el objetivo de realizar una anastomosis colorrectal primaria. Durante la disección, la presencia de adherencias inflamatorias densas condicionó una decapsulación esplénica inadvertida, que requirió esplenectomía para el control hemostático. Posteriormente, se realizó una laparotomía mediana supra e infraumbilical para optimizar la exposición del campo quirúrgico. Se identificó y disecó el trayecto fistuloso, procediendo a su resección mediante electrocoagulación y liberación de su íntima adherencia con la vesícula seminal izquierda. Finalmente, se realizó el legrado del conducto fistuloso desde el OFE, completándose una fistulectomía parcial.

El estudio anatomopatológico confirmó la presencia de tejido compatible con un trayecto fistuloso crónico.

En el postoperatorio inmediato, el paciente presentó un seroma de la herida quirúrgica, (Clavien-Dindo I). En el día 20 del postoperatorio, requirió reingreso hospitalario por una colección intraabdominal secundaria a infarto omental, manejada mediante drenaje percutáneo, con una prolongación de la estancia hospitalaria de 19 días.

DISCUSIÓN

La mayoría de las fistulas colocutáneas se originan como complicación de una resección intestinal por diverticulitis⁴ o tras el drenaje percutáneo de un absceso diverticular.⁴⁻⁸ En ocasiones, las fistulas sigmoideo-perianales pueden desarrollarse de manera espontánea, siguiendo un trayecto anatómico específico de propagación.

Los pacientes pueden presentar episodios previos de dolor abdominal, náuseas o diarrea, aunque algunos permanecen asintomáticos, como en el presente caso. Kumar y Diaz,⁵ en 2015 reportaron el caso de una paciente en quien el absceso perianal fue la manifestación inicial de diverticulitis.

La exploración clínica suele revelar un absceso o una fistula perianal de evolución recurrente⁹ o tórpida.^{5,10}

El diagnóstico de la fistula perianal o cutánea secundaria a diverticulitis constituye un reto clínico, dado que la extrema rareza de esta complicación y su presentación atípica, que con frecuencia retrasan el reconocimiento del cuadro.^{4,8,9} La TC de abdomen y pelvis con contraste constituye una herramienta esencial para determinar la extensión de la enfermedad y detectar complicaciones agudas,⁵ mientras que la resonancia magnética nuclear (RMN) es especialmente útil ya que permite una mejor caracterización de los trayectos fistulosos y su relación anatómica con las estructuras adyacentes.¹⁰

Las fistulas diverticulares rara vez se cierran espontáneamente y suelen requerir intervención quirúrgica.^{9,10} El tratamiento inicial de un absceso perianal originado a partir de una diverticulitis aguda perforada es el drenaje. El tratamiento definitivo de la fistula perianal requiere la resección intestinal y la extirpación del trayecto varias semanas o meses después del control de la infección y la disminución de la inflamación. Actualmente no existe un consenso establecido respecto al abordaje quirúrgico debido, en gran medida, a la elevada dificultad técnica que caracteriza estos procedimientos. La presencia de adherencias densas, fibrosis y distorsión de los planos anatómicos puede dificultar significativamente la identificación y disección de las estructuras involucradas, incrementando el riesgo de lesión visceral. En este contexto, la cirugía laparoscópica ha demostrado ser una alternativa segura y factible para el tratamiento de la enfermedad diverticular complicada mediante sigmoidectomía y fistulectomía. Diversos estudios sugieren, además, potenciales ventajas frente al abordaje abierto, incluyendo menor pérdida sanguínea, menor tiempo de hospitalización y, en determinados escenarios, una reducción del tiempo quirúrgico.⁸

El abordaje abierto continúa siendo una opción válida, particularmente en pacientes con enfermedad localmente avanzada o en centros con limitada experiencia en cirugía laparoscópica de fistulas complejas⁴. Asimismo, la conversión a laparotomía media debe considerarse una estrategia de seguridad y no necesariamente un fracaso del abordaje mínimamente invasivo, especialmente cuando la disección se ve comprometida por fibrosis extensa, adherencias firmes o pérdida de los planos anatómicos.^{4,8}

El estándar es realizar la resección con anastomosis primaria en un solo tiempo,¹ dado que este enfoque ha demostrado ser una estrategia segura y factible cuando no existe infección activa.² Si bien se ha descrito un caso en el que se optó por un procedimiento de Hartmann laparoscópico, con colostomía terminal temporal y reconstrucción del tránsito intestinal en un segundo tiempo quirúrgico¹⁰, esta estrategia parece constituir una alternativa excepcional y debe reservarse para situaciones en las que las condiciones locales o sistémicas contraindiquen una anastomosis primaria.

La mayoría de los casos publicados describen una evolución clínica favorable, con una baja incidencia de complicaciones posoperatorias.^{7,8} Entre las complicaciones reportadas, la neumonía resulta una de las más frecuentes, mientras que no se han documentado episodios de dehiscencia anastomótica.^{5,6} No obstante, la evidencia disponible es predominantemente observacional y basada en un reducido número de casos.

CONCLUSIÓN

Aunque las fístulas perianales secundarias a diverticulitis aguda son excepcionales, su reconocimiento precoz y caracterización mediante resonancia magnética permiten una adecuada planificación quirúrgica. En pacientes seleccionados, la resección laparoscópica con anastomosis primaria constituye una alternativa segura y factible.

Contribuciones:

MMB: Conceptualización, Metodología, Investigación, Análisis formal, Curación de datos, Redacción del borrador original, Visualización.

MTG: Investigación, Recursos, Supervisión, Revisión y edición.

DSP: Revisión y edición, Supervisión.

Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

Declaración de disponibilidad de datos: Los datos son de acceso público.

ORCID:

Moreno M: <https://orcid.org/0009-0002-2339-2273>

Sánchez Peláez D: <https://orcid.org/0009-0001-2307-7102>

REFERENCIAS

1. Abcarian H. Anorectal infection: abscess-fistula. *Clin Colon Rectal Surg.* 2011;24(1):14-21. doi: 10.1055/s-0031-1272819.
2. Cooper CR, Keller DS. Perianal fistulas. *Dis Colon Rectum.* 2020;63(2):129-32.
3. Parrilla Paricio P, Landa García JI, eds. *Cirugía AEC: manual de la Asociación Española de Cirujanos.* Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2010.
4. Amor IB, Kassir R, Bachir E, Katharina H, Debs T, Gugenheim J. Perforated diverticulitis of the sigmoid colon revealed by a perianal fistula. *Int J Surg Case Rep.* 2015;8C:73-5.
5. Kumar K, Diaz P. Rare case of sigmoid-perianal fistula due to sigmoid diverticular disease: Report of a case and review of literature. *J Med Cases.* 2015;6(3):122-4.
6. Bakopoulos A, Tsilimigras D, Syriga M, Koliakos N, Ntomi V, Moris D, et al. Diverticulitis of the transverse colon manifesting as colocutaneous fistula. *Ann R Coll Surg Engl.* 2018;100(8):e191-3. doi:10.1308/rcsann.2018.0130.
7. Charalabopoulos A, Misiakos E, Macheras A. Colocutaneous fistula complicating sigmoid diverticulitis. *Int J Surg Case Rep.* 2011;2(5):68-70.
8. Hidaka E, Nakahara K, Maeda C, Takehara Y, Ishida F, Kudo S-E. Laparoscopic surgery for sigmoidocutaneous fistula due to diverticulitis: A case report: Surgery for sigmoidocutaneous fistula. *Asian J Endosc Surg.* 2015;8(3):340-2.
9. Ayoubi S, Chen M, Ravindran P, Gibson K. Ischio-anal abscess as a first presentation of complicated diverticular disease: Images for surgeons. *ANZ J Surg.* 2020;90(1-2):169-71.
10. Schmidt E, Corbitt M, Kulendran K, Ruggiero B. Fistulating diverticular disease masquerading as a peri-anal abscess: a laparoscopic approach to management. *J Surg Case Rep.* 2021;2021(11):rjab483. doi: 10.1093/jscr/rjab483.