



V-019 - DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA CON FÍSTULA COLOVESICAL Y COLOENTÉRICA. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

L. Hierro-Olabarria Salgado, C. Pérez San José, N. Partearroyo Sainz de la Maza, A. Loizate Totorikaguena, P. Pérez de Villarreal Amilburu, I. del Hoyo Aretxabala, Á. Gómez Palacios y J.J. Méndez Martín

Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao.

Resumen

Introducción: La formación de fístulas es una de las complicaciones de la diverticulitis, suponiendo un 20% de los pacientes tratados quirúrgicamente por enfermedad diverticular. Las fístulas más frecuentes son las colovesicales (65%) y las colovaginales (25%), seguidas de las coloentéricas y las colouterinas. La diverticulitis es la causa más frecuente de fístulas colovesicales, siendo la causa del 40-90% de las mismas.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 55 años intervenido de apendicectomía abierta hace años con clínica de molestias urinarias inespecíficas de 1 mes de evolución, valorado por su médico de atención primaria, presentando ecografía urológica y analíticas normales. Acude a urgencias por empeoramiento clínico con dolor abdominal y vómitos, por lo que es ingresado en el Servicio de Urología con diagnóstico de sepsis urinaria. Se solicita TC abdominopélvico que objetiva fístula del sigma a vejiga (nivel hidroaéreo en la vejiga y engrosamiento del colon sigmoideas diverticular). Se solicita enema opaco que muestra severa diverticulosis en sigma y presencia de fístula colovesical. La colonoscopia muestra múltiples divertículos y la cistografía fue normal. Se realiza cirugía mediante técnica laparoscópica siguiendo estos pasos: Movilización del ángulo esplénico con abordaje medial. Sigmoidectomía. Sutura vesical mediante puntos intracorpóreos. Sutura intestinal mecánica para reparación de fístula enterocólica. Anastomosis colorrectal mecánica intracorpórea. El paciente fue dado de alta hospitalaria el 7º día p.o. y el resultado de Anatomía Patológica definitivo fue de diverticulitis aguda.

Discusión: La clínica atípica de las fístulas colovesicales, con síntomas urinarios inespecíficos, hace que su diagnóstico sea tardío en la mayoría de los casos. La TC es la prueba más sensible y rentable para su diagnóstico. El enema de bario permite visualizar el trayecto fistuloso. La colonoscopia, la cistoscopia y la cistografía son menos sensibles. A pesar de la baja sensibilidad de la colonoscopia y la cistoscopia, su valor principal es que permiten una confirmación histológica mediante la toma de biopsias cuando se sospecha una enfermedad maligna. Además, la colonoscopia permite identificar una estenosis distal a la fístula y la cistoscopia aporta información sobre la localización de la lesión en la vejiga con respecto a los orificios ureterales. El tratamiento es quirúrgico, aunque es raro que sea indicación de cirugía urgente. Actualmente está indicada la cirugía en un tiempo realizando

resección y anastomosis primaria de colon, resección del trayecto fistuloso y cierre primario de la vejiga. La vía de abordaje de elección en la actualidad es la laparoscopia.