



P-390 - FÍSTULA COLO-UTERINA SECUNDARIA A DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA

M. Riaño Molleda¹, C.A. Escudero Ramírez¹, L. Sánchez Guillén², M. Fidalgo García¹, H. Real Noval¹, B. Martín Rivas¹, R. Perea Muñoz¹ y M. Gómez-Fleitas¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ²Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos, Ferrol.

Resumen

Objetivos: Junto con el sangrado, la perforación y la obstrucción, la formación de fístulas hacia órganos adyacentes es una de las complicaciones descritas de las diverticulitis agudas complicadas. Las fístulas más frecuentes son las colo-vesicales, seguidas por las colo-vaginales, sin embargo, las fístulas colo-uterinas son extremadamente raras. Pueden deberse a múltiples causas: traumas obstétricos, tratamiento con radioterapia, cáncer y diverticulitis en menor frecuencia. Se manifiestan característicamente por salida de pus, gas y heces por vagina. Pueden cursar con dolor y/o fiebre en grados variables.

Caso clínico: Paciente de 73 años con alergia a penicilinas y derivados que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal y estreñimiento de dos meses de evolución y fiebre elevada durante la última semana. A la exploración física: dolor en hipogastrio sin peritonismo. Se decide ingreso para estudio en Medicina Interna. Leucocitosis con desviación izquierda, aumento de reactantes de fase aguda. Marcadores tumorales negativos. Se realiza TAC abdominal que informa de diverticulitis aguda complicada con plastrón que engloba útero y anejos, apareciendo nivel líquido gas en cavidad endometrial y absceso en Douglas izquierdo. Se realiza Interconsulta a Cirugía: se palpa plastrón doloroso a nivel de fosa iliaca izquierda y a la exploración genital, salida de material purulento y gas por vagina. En la revisión del TAC se objetiva fístula colo-uterina. Tras 15 días de tratamiento antibiótico, la paciente es dada de alta. En el seguimiento en consultas, se pide TAC de control que evidencia persistencia de la fístula colo-uterina y resolución de absceso y plastrón inflamatorio, así como múltiples divertículos. Se programa intervención quirúrgica electiva, tras tres meses del primer episodio: se observa gran plastrón a nivel pélvico, por lo que se reseca en bloque sigma, útero y ovarios, realizándose anastomosis colorectal mecánica. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y fue alta al 7º día. El análisis anatomopatológico de la pieza reveló un trayecto fistuloso de 5 cm entre la luz de un sigma diverticular y la cavidad uterina, cuya pared contenía un leiomioma.

Discusión: Las fístulas colo-uterinas son una complicación rara de las diverticulitis agudas. El diagnóstico y sospecha requieren un examen completo de los pacientes, incluyendo el área genital. En nuestro caso, el drenaje espontáneo a través de orificios naturales permitió diferir el tratamiento quirúrgico definitivo de la paciente, sin necesidad de drenajes eco-guiados ni intervenciones quirúrgicas urgentes.