



Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



329/171 - DOCTORA, ME SALE ALGO DEL OMBLIGO

R. Rodríguez Rodríguez¹; R. Iniesta García²; M. Ricote Belinchón³; G. Viera Herrera¹; V. Oscullo Yopez²; L. Martín Fuertes³.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ²Médico Residente. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.; ³Médico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 63 años con AP de HTA, DL, EPOC, cardiopatía isquémica, diverticulosis y hernia umbilical no complicada de varios meses de evolución, que acude a nuestra consulta por aparición de bultoma umbilical, duro y doloroso hace 15 días, con drenaje de líquido purulento con restos de sangre por el orificio de 24 horas de evolución. Asocia además salida de gas por el mismo. No dolor abdominal. No fiebre. No refiere cambios en el tránsito gastrointestinal, pérdida de apetito ni de peso.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física se encontraba clínica y hemodinámicamente estable. Abdomen: RHA presentes. Globuloso, blando y depresible. Doloroso a la palpación profunda a nivel de zona periumbilical, sin signos de irritación peritoneal. Se observa orificio umbilical con salida espontánea de material purulento maloliente, además de salida de gas por el mismo. Signos de celulitis periumbilical. Hernia umbilical no complicada en el momento actual. Ante la sospecha de fístula umbilical se decide derivar al Servicio de Urgencias para valoración por Cirugía General. En el Servicio de Urgencias se realiza analítica de sangre con elevación de PCR (130 mg/dl), sin leucocitosis ni neutrofilia, sin otros hallazgos analíticos significativos. Se realiza TC abdominopélvico compatible con diverticulitis de sigma muy evolucionada con colección perisigmoidea anfractuosa, fundamentalmente aérea que presenta varios trayectos fistulosos, uno de ellos con trayecto anterior que fistuliza a la piel de la pared abdominal anterior y otro posterior que contacta ampliamente con la pared anterior vesical que presenta moderados cambios inflamatorios. Hernia umbilical con asas de intestino delgado de su interior, sin signos de complicación, inmediatamente superomedial a la fístula anterior. Al volver a entrevistar al paciente refiere tenesmo vesical, sin fecaluria ni neumaturia.

Juicio clínico: Diverticulitis de sigma muy evolucionada con colección perisigmoidea anfractuosa, complicada con fístula colonocutánea y colonovesical. Hernia umbilical, sin signos de complicación en el momento actual.

Diagnóstico diferencial: -Fístulas enterocutáneas congénitas: persistencia del conducto onfaloentérico (fístula onfaloentérica, enterocistoma persistente). -Fístulas enterocutáneas adquiridas: a) Espontáneas: inflamatorias (diverticulitis, apendicitis, Crohn), parasitarias (amebas, ascariasis), bacterianas (fiebre tifoidea, TBC, actinomicosis), tumorales. b) Provocadas: post-

cirugía, radiaciones, traumatismos abdominales. -Fístulas enterovesicales: inflamatorias (diverticulitis, apendicitis, Crohn, gangrena vesical), neoplásicas, iatrogénicas (traumatismos, cuerpos extraños).

Comentario final: La formación de fístulas es una de las complicaciones de la diverticulitis, que representa hasta el 20% de los casos de enfermedad diverticular tratados quirúrgicamente. El segmento intestinal que con mayor frecuencia se afecta es el colon sigmoide. Los principales tipos de fístulas son las fístulas colovesicales (65%), que afecta mayoritariamente a varones en la séptima década de la vida, con múltiples enfermedades asociadas y que frecuentemente se instala en forma silenciosa. La fistulización en otros órganos es más rara, si bien puede ocurrir con otro segmento del colon, intestino delgado, trompa, útero, vagina y pared abdominal. El tratamiento quirúrgico es el único que garantiza la curación y evita recidivas, siendo la resección primaria de la enfermedad colónica con anastomosis inmediata es el tratamiento quirúrgico de elección.

Bibliografía

-Pemberton J. Acute diverticulitis complicated by fistula formation. En: Weiser M, ed. UpToDate. 2018. [Actualizado 6 abril 2017, citado 10 marzo 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-diverticulitis-complicated-by-fistula-formation?>

-Gil Ugarteburu R, González Rodríguez I, Fernández García I, Martín Huescar A, Rodríguez Villamil L, Muruamendiaraz Fernández V. Fístula colovesical secundaria a divertículos sigmoideos. Actas Urol Esp. 2010;34(5):489-91.