

Artículo multimedia

Fístula colo-vesical y colo-tubárica de origen diverticular. Resolución laparoscópica.

Diverticular colovesical and colosalpingeal fistula. Laparoscopic resolution.

Chinelli J, Ximenez V, Rodriguez G

Clínica Quirúrgica 2, Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay.

RESUMEN

Introducción: La asociación de una fístula colo-vesical y colo-tubárica de origen diverticular es excepcional.

Caso clínico: Paciente de 70 años que se presenta con neumaturia, fecaluria y dolor hipogástrico, en la que se constata la presencia de una fístula colo-vesical y colo-tubárica izquierda de probable etiología diverticular. Se realizó un abordaje quirúrgico laparoscópico exitoso mediante sigmoidectomía y manejo conservador del polo urinario y genital.

Discusión: Luego de una complicación perforativa, el 10-20% de los pacientes pueden evolucionar a una fístula de origen diverticular. El tratamiento quirúrgico es de elección, siendo el abordaje laparoscópico un desafío técnico. Existen diversas opciones tácticas dependiendo del grado de afectación de las estructuras involucradas.

Conclusión: Se trata de una doble complicación excepcional, resuelta mediante un abordaje mínimamente invasivo.

Palabras clave: colopatía diverticular, fístula colo-vesical, fístula colo-tubárica.

ABSTRACT

Introduction: Synchronic diverticular colovesical and colotubarian fistula is extremely rare.

Case: 70 year-old female with pneumaturia, fecaluria and abdominal pain. Preoperative diagnosis was diverticular colovesical and colotubarian fistula. Laparoscopic sigmoidectomy with conservative management of involved bladder and falopian tube was performed successfully.

Discussion: 10 to 20% of patients develop a fistula after acute complicated diverticulitis and surgical treatment is indicated in most cases. The laparoscopic approach is always a technical challenge due

CORRESPONDENCIA

Javier Chinelli
Clínica Quirúrgica 2, Hospital Maciel
1472 Montevideo, Uruguay
jchinelli01@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Chinelli J, Ximenez V, Rodriguez G. Fístula colo-vesical y colo-tubárica de origen diverticular. Resolución laparoscópica. Cir Andal. 2023;34(4):459-461. DOI: 10.37351/2023344.7

to chronic inflammation. Management of urinary and genital structures involved relies on the remaining defect after colonic resection.

Conclusions: This is an exceptional double fistulizing complication of diverticular disease, and was successfully treated with a minimally invasive approach.

Key words: diverticular disease, colovesical fistula, colosalpingeal fistula.

INTRODUCCIÓN

Luego de una diverticulitis complicada el 14% puede evolucionar a la constitución de una fístula¹, siendo la más frecuente la colo-vesical, en tanto que la presencia de una fístula colo-tubárica o colosalpingeal es muy rara.

Se presenta el caso de una paciente en la que se diagnosticó una fístula colo-vesical y colo-tubárica simultánea de origen diverticular, cuya resolución se efectuó mediante abordaje laparoscópico.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, 70 años de edad, obesa (IMC 33), con antecedente de EPOC moderada-severa, hipertensión arterial y hepatopatía crónica alcohólica (Child-Pugh A).

Historia de 2 meses de evolución centrada en dolor hipogástrico, neumatúria y fecaluria, sin sintomatología a nivel de la esfera genital. Al examen no se palpaban tumoraciones abdomino-pélvicas.

La tomografía computada (TC) evidenció neumatúria y aire a nivel de la cavidad endometrial (neumometra).

Fibrocolonoscopia: engrosamiento mucoso de aspecto inflamatorio a nivel del sigmoides, biopsias sin malignidad.

Cistoscopia: pequeño orificio fistuloso retromeático izquierdo, con mucosa vesical normal.

Los marcadores tumorales (CEA, CA 19-9 y CA 125) se encontraban en el rango de la normalidad.

Abordaje laparoscópico (Video), previa colocación de catéter ureteral (simple J) bilateral, destacándose un importante proceso inflamatorio crónico. Sigmoidectomía comenzando por una disección medial, seccionando el pedículo sigmoideo previa identificación del uréter y vasos gonadales izquierdos. Dada la condición local y estado general de la paciente se decidió no efectuar la anastomosis primaria en tanto que a nivel del polo urológico y anexial el tratamiento fue conservador, constatando un anexo viable y un muy pequeño defecto vesical, sin fugas tras la instilación de azul de metileno intravesical.

Al 4º día postoperatorio la paciente presentó una herniación aguda de delgado paraostomal. Se procedió a liberar el ostoma constatando la vitalidad del asa encarcerada, reintroduciéndola y cerrando el defecto parietal con sutura irreabsorbible previo a la confección de la colostomía en el mismo sitio.

Posteriormente evolucionó sin otras complicaciones, retirándose el drenaje al 7º día y la sonda vesical al 15º día.

DISCUSIÓN

Entre las fístulas de origen diverticular, la colo-vesical ocupa el primer lugar². Sin embargo, la presencia de una fístula colo-tubárica es muy rara, y en caso de presentarse suelen obedecer a otras causas distintas de la colopatía diverticular, como las neoplasias o la enfermedad de Cröhn³.

En la literatura existen escasos reportes de fístulas colo-tubáricas o colo-anexiales de etiología diverticular⁴, pero ninguno que haya documentado una doble complicación fistulosa, colo-vesical y colo-tubárica simultáneas.

La presentación clínica es variable, desde casos asintomáticos hasta aquellos con síntomas evidentes. La fístula colo-tubárica puede presentarse como un absceso tubo-ovárico o bien la descarga de gas y materias fecales por la vagina. Otras manifestaciones pueden ser las infecciones urinarias y genitales a repetición.

La TC es el estudio de elección para el diagnóstico, demostrando signos altamente sugestivos como la neumatúria, así como aire en la cavidad endometrial (neumometra) o más raramente una colección con nivel hidroaéreo en la topografía del anexo comprometido⁵.

La fibrocolonoscopia se realiza para confirmar la etiología diverticular y eventualmente despistar un tumor primitivo. La cistoscopia tiene como objetivo establecer la topografía exacta de la fístula. Habitualmente asientan en el techo vesical, aunque menos frecuentemente y como se dio en este caso, el compromiso es próximo al trígono.

El tratamiento de la fístula de origen diverticular es fundamentalmente quirúrgico.

La vía de abordaje abierta era clásicamente de elección, dado que se trata de una situación que constituye un desafío técnico, en una pelvis hostil, con un proceso inflamatorio perisigmoideo subagudo o crónico, que dificulta la identificación de estructuras como los uréteres, lo que conduce a mayor morbilidad. Sin embargo, existen cada vez más reportes de abordaje laparoscópico exitoso^{6,7}, lo que a su vez exige la presencia de un equipo quirúrgico entrenado.

Existen varias opciones tácticas. Si bien hay consenso en realizar la resección sigmoidea, la decisión de una anastomosis primaria o no dependerá de otros factores como el proceso inflamatorio local y el estado general y nutricional del paciente. Respecto al polo urinario, en general es posible mantener una conducta conservadora mediante degravitación con sonda Foley y drenaje pelviano. No obstante, de existir un compromiso mayor, necrosis o estar ante una etiología neoplásica, se deberá reseccionar en bloque junto al colon y reparar mediante cierre simple, con o sin aposición de epiplón mayor, que también ha sido sugerido en la literatura⁸.

En cuanto a la fístula colo-tubárica, su carácter infrecuente hace que el tratamiento no esté bien sistematizado⁹, pudiendo conservar o no el anexo según el grado de compromiso.

En el caso que hemos presentado, ambas estructuras se trataron de forma conservadora dado que no presentaban defectos mayores luego de la resección colónica.

Respecto de la complicación, se trata de un error técnico, con un defecto parietal excesivamente amplio, siendo clave una alta sospecha diagnóstica seguida de la exploración quirúrgica inmediata.

Fístula colo-vesical y colo-tubárica de origen diverticular Resolución laparoscópica

Javier Chinelli, Valentín Ximenez, Gustavo Rodríguez

Clínica Quirúrgica 2, Hospital Maciel
Montevideo, Uruguay



[Acceder al vídeo](#)

CONCLUSIÓN

La fístula colo-vesical y colo-tubárica de origen diverticular es rara, siendo excepcional su presentación sincrónica. El abordaje quirúrgico es un desafío técnico pero factible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kumar, R. Sharma, K.S. Madhusudhan, et al., Colosalpingeal fistula: rare complication of sigmoid diverticulitis, OMICS J. Radiol. 6 (2017) 277.
2. Onur MR, Akpınar E, Karaosmanoglu AD, Isayev C, Karcaaltincaba M. Diverticulitis: a comprehensive review with usual and unusual complications. Insights Imaging. 2017 Feb;8(1):19-27.
3. Williams SM, Nolan DJ. Colosalpingeal fistula: a rare complication of colonic diverticular disease. Eur Radiol. 1999;9(7):1432-3.
4. Jangam A, Gillespie C. A rare case of colo-salpingeal fistula complicating acute sigmoid diverticulitis. J Surg Case Rep. 2022 Dec 17;2022(12):rjac573.
5. Panghaal VS, Chernyak V, Patlas M, Rozenblit AM. CT features of adnexal involvement in patients with diverticulitis. AJR Am J Roentgenol. 2009 Apr;192(4):963-6.
6. Chinelli J, Ximenez V, Brandolino S, Rodríguez G. Laparoscopic repair of a colovesical fistula secondary to diverticular disease - a video vignette. Colorectal Dis. 2023 May;25(5):1053-1054.
7. Cramer CL, Young AM, Friel CM. Laparoscopic Anterior Resection With Colovesical Fistula Takedown. Dis Colon Rectum. 2023 Oct 1;66(10):e1045-e1046.
8. Ferguson GG, Lee EW, Hunt SR, Ridley CH, Brandes SB. Management of the bladder during surgical treatment of enterovesical fistulas from benign bowel disease. J Am Coll Surg. 2008 Oct;207(4):569-72.
9. Quintela C, Santos C, Silva AC, Barbosa E, Silva AR, Silva A. Colo-ovarian Fistula complicating acute diverticulitis: Two cases and literature review. Int J Surg Case Rep. 2020;77:476-482.