

Fístula colovesical

Sebastián Muñoz Huerta¹
Prof. Dr. Humberto Flisfisch Fernández²

RESUMEN: *La fístula colovesical (FCV) es una de las fístulas enterovesicales más comunes. Su principal causa es la enfermedad diverticular. Es una enfermedad poco frecuente, pero que da síntomas inespecíficos, exceptuando la fecaluria y neumaturia que se presentan solo en la mitad de los casos. El diagnóstico es realizado habitualmente en forma tardía con riesgo para la salud del paciente. Objetivos: Revisión de la literatura en relación con la FCV y su manejo actual. Material y métodos: Se realizó una revisión de la literatura publicada entre los años 1970-2018, seleccionándose literatura en inglés y español. Se utilizaron los buscadores PubMed, Scielo y ScienceDirect. Resultados: Se obtuvieron 20 trabajos que analizaban la FCV y su manejo en la actualidad. Cinco trabajos son de autores chilenos. Se describe la fecaluria y neumaturia como síntomas patognomónicos, pero que solo se presentan en la mitad de los casos. La tomografía computada (TC) es el método de mayor rendimiento. La técnica quirúrgica de elección es la resección del segmento del trayecto fistuloso vesical y posterior rafia. Conclusión: La FCV es la complicación más frecuente de la fístula enterovesical en el contexto de la enfermedad diverticular complicada. Con un manejo netamente quirúrgico y sintomatología inespecífica es fundamental un alto grado de sospecha clínica.*

PALABRAS CLAVE: *Fístula colovesical, enfermedad diverticular, diverticulitis*

¹ Interno. Departamento de Cirugía Sur. Facultad de Medicina, Universidad de Chile

² Departamento de Cirugía Sur. Facultad de Medicina, Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

Las fístulas enterovesicales, son también conocidas como vesicoentéricas y corresponden a una comunicación anormal entre vejiga y un segmento del tubo digestivo. Se han dividido en cuatro categorías según el segmento afectado:

- 1- colovesical (92%),
- 2- ileovesical (5,3%)
- 3- rectovesical (1,8%, incluye rectoureteral),
- 4- apendicovesical (menos 1%)¹⁻³.

La diverticulitis es la causa más común de la fistula colovesical en países occidentales, explicando aproximadamente un 50%-75% de los casos^{2,4}.

El perfil del paciente con FCV y sus manifestaciones clínicas además del rendimiento de exámenes efectuados para la definición anatómica del trayecto fistuloso son muy variables, explicado por las distintas series que son muy heterogéneas y combinan diferentes etiologías en proporciones variables³. El diagnóstico es difícil y los pacientes persisten con su sintomatología durante meses hasta lograr un diagnóstico. Solo la neumaturia y fecaluria se han descrito como síntomas patognomónicos;² Pero se presentan generalmente con poca frecuencia.

El tratamiento de esta patología es quirúrgico, el cuál dependerá de factores como estado general del paciente, etiología de la fistula, hallazgos intraoperatorios y eventuales complicaciones¹

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica en relación a la fistula colovesical como complicación de la enfermedad diverticular complicada y su manejo en la actualidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bajo los términos “fistula colovesical”, “colovesical fistula”, “fistula vesicosigmoidea”, “diverticulitis complicada”, “vesicosigmoid fistula” en PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), Scielo (www.scielo.cl/) y Science Direct (<https://www.sciencedirect.com/>). Se obtuvo literatura en inglés y español. Se seleccionaron 20 trabajos. Destacan 5 trabajos de autores chilenos.

DESARROLLO

La fistula colovesical fue descrita por primera vez por Cripps en 1886⁵. Esta se puede definir como una comunicación anormal entre vejiga e intestino grueso, generalmente sigmoides³. La incidencia descrita en series es de 2.4 por cada 100 mil habitantes por año, con una prevalencia de 20 a 50 casos por cada 100 mil habitantes. Por lo que es considerada una enfermedad poco frecuente¹. Se presenta con mayor

frecuencia en el sexo masculino en una proporción de 3:1. Se atribuiría un efecto protector por parte del útero lo que explicaría la diferencia entre sexos^{1, 3,8} y las décadas de mayor prevalencia son la sexta y séptima⁶. La enfermedad diverticular es la etiología más frecuente, comprendiendo alrededor del 71-75% de los casos descritos en la literatura^{2,6}. Seguido de la causa neoplásica que corresponde a un 10% a 25% de los casos, siendo el cáncer de colon el más frecuente⁷. La enfermedad de Crohn, complicaciones de la radioterapia y cáncer vesical le siguen en frecuencia.^{1, 4}. La diverticulitis se complicará con una fistula en un 2% de casos, y de ellas el 65% serán colovesicales⁴.

El mecanismo de fistulización consistiría en una adherencia del proceso diverticular a la vejiga, con supuración y apertura del absceso peridiverticular a las paredes de ésta. El trayecto fistuloso, usualmente corto e irregular, está comúnmente englobado dentro de una masa inflamatoria. El orificio fistuloso intestinal se encuentra en el borde anti mesentérico, y no suele identificarse con facilidad; el vesical se ubica, por lo general, en la cúpula y pared posterior izquierda.^{4,9}

Si bien la patología de base es del colon sigmoide los síntomas son principalmente de la esfera urinaria. Destaca la neumaturia al término de la micción presente en un 67% y la fecaluria en un 56% de los casos⁴. Ambos Considerados patognomónicos.²⁻⁴. La neumaturia en ausencia de instrumentación reciente de vejiga es sinónimo de la fístula enterourinaria hasta que no se demuestre lo contrario⁸. Disuria, dolor pélvico crónico en hipogastrio y fosa iliaca izquierda, hematuria, infecciones urinarias a repetición son síntomas que se presentan en proporciones variables en distintas revisiones. (Tabla 1)

Tabla 1. Signos y síntomas de presentación

	Jensen y Cols ¹⁰	Najjar et al ⁷	Bannura y cols ¹¹	Bannura y cols ¹²	Castillo y cols ⁸
Neumaturia	42,8%	77%	54,4%	61,5%	42,9%
Fecaluria	28,5%	36%	45,5%	53,8%	42,9%
ITU	50%	45%	63,3%	69,2%	28,5%
Dolor pélvico	-	-	-	-	28,5%
Hematuria	-	22%	18,1%	15,3%	-
Disuria	-	45%	-	-	-
Polaquiuria	-	45%	-	-	-
Masa palpable	14,2%	-	27,2%	38,4%	-

En la mayoría de las series, los pacientes fueron tratados primero por infección recurrente de vías urinarias por cuatro a 12 meses antes del diagnóstico de fístula colovesical¹.

La importancia del diagnóstico radica en que el 75% de los pacientes con FCV no tratados quirúrgicamente fallecerán a causa de complicaciones sépticas. En una revisión de 18 pacientes manejados con tratamiento médico 2 (11%) murieron por sepsis urinaria^{3, 13}.

La verificación diagnóstica es importante no solo para establecer la presencia de fistula, sino que también permite un estudio anatómico de la región involucrada lo que permitirá orientar la cirugía.^{4, 7, 13}. Existe un importante debate respecto al estudio diagnóstico inicial. Dentro de las opciones se incluye la radiografía simple de abdomen, urocultivo, cistografía, urografía intravenosa, cistoscopia, enema opaco, colonoscopia, pruebas con colorantes, prueba de Bouerne.⁴

En la actualidad contamos con ecografía y tomografía computada (TC) que son poco tenidas en cuenta en la literatura urológica^{4, 7, 13}. El papel de la TC en el diagnóstico de las fístulas colovesicales ha sido poco enfatizado en la literatura urológica¹⁴. Hoy en día es la TC el método diagnóstico de mayor rendimiento individual para demostrar y caracterizar la fístula. Algunos autores la consideran la técnica diagnóstica más sensible (del 40% al 100%) y útil pues entrega información etiológica, anatómica precisa y de extensión^{4, 9, 14}.

Respecto a la cistoscopia las opiniones son controvertidas. En ciertas series se describe un 30% para la detección directa del trayecto fistuloso. El diagnóstico mediante signos indirectos^{4, 15, 16} (edema buloso, inflamación localizada, eritema y tejido de granulación) alcanza a un 50%^{4, 9, 14}. Posibilita la toma de biopsias que permite precisar diagnóstico y localización anatómica.

Dentro del estudio de laboratorio el cultivo de orina es positivo en el 100% de los casos. Si bien puede ser polimicrobiano la *Escherichia Coli* suele ser el germen predominante.⁴

Tradicionalmente la cirugía ha sido recomendada para todos los pacientes¹. Actualmente¹⁷ se reserva el manejo conservador sólo para pacientes graves, comorbilidades y riesgo operatorio elevado^{1, 3}. Con el desarrollo de las técnicas quirúrgicas y anestésicas se ha logrado disminuir la mortalidad asociada de 45% a 4,5%.^{3, 8} A pesar de esto, el porcentaje de complicaciones asociada al tratamiento es de 45%⁷.

La cirugía estándar consiste en la resección del segmento de colon afectado con anastomosis inmediata y resección del trayecto fistuloso a nivel de vejiga más vesicorrafia^{3, 18}. En algunas series se describe el uso de la operación de Hartmann en presencia de abscesos en relación con el segmento afectado o en pacientes sépticos^{1, 3, 8, 19}. En cuanto al abordaje laparoscópico hay casos descritos en la literatura, presentados como una alternativa más, aportando las ventajas conocidas de esta técnica^{8, 20}

CONCLUSIÓN

La FCV es la más frecuente de las fistulas enterovesicales en el contexto de enfermedad diverticular complicada. Siendo el colon sigmoidees el que se afecta con

mayor frecuencia. En general la sintomatología puede ser muy variada. Si bien contamos con síntomas patognomónicos la frecuencia de presentación de estos no es elevada. Por lo que se hace fundamental la sospecha clínica asociada al estudio imagenológico mediante una tomografía computada como primer enfrentamiento. La resección del segmento afectado asociado a una anastomosis primaria es el tratamiento quirúrgico de elección. Por su parte la vejiga puede ser manejada con resección de la fístula asociado a una rafia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Charúa Guindic L, et al. Incidencia, diagnóstico y tratamiento de la fístula colovesical. *Cir Ciruj* 2007;75:343-349
- 2- Castillo C, Octavio, Rodríguez-Carlin, Arquímides, Campaña V, Gonzalo, & Pérez C, Alberto. (2012). Fístula colovesical secundaria a enfermedad diverticular: cirugía laparoscópica electiva. *Revista chilena de cirugía*, 64(3), 278-281. Bannura C Guillermo, Barrera E Alejandro, Cumsille G Miguel A, Melo I Carlos, Soto C Daniel, Contreras P Jaime. Fístula colovesical de origen diverticular.
- 3- Sebastià Cerqueda, C., Merino Peña, E., Quiroga Gómez, S., & Álvarez-Castells, A. (2007). Fístulas vesico sigmoideas secundarias a diverticulitis. Diagnóstico mediante tomografía computarizada helicoidal. *Radiología*, 49(5), 343-345.
- 4- Cripps: Cripps, W. H.: The passage of air and feces per urethra. In: *Cancer of the Rectum: Its Pathology, Diagnosis and Treatment Including a Portion of the Jackson i an Prize Essay for 1876*. London: J & A Churchill, chapt. 7, pp. 191-206, 1888.
- 5- Scozzari G. Arezzo A. Morino M. Enterovesical fistulas: diagnosis and management. *Tech Coloproctol*.2010; 14:293-300.
- 6- Najjar, S. F., Jamal, M. K., Savas, J. F., & Miller, T. A. (2004). The spectrum of colovesical fistula and diagnostic paradigm. *The American Journal of Surgery*, 188(5), 617-621.
- 7- Castillo Octavio, Foneron Alejandro, Vitagliano Gonzalo, Sepúlveda Francisco. Fístulas colovesicales: análisis de 7 casos. *Revista chilena de Urología*, 74, 337-342.
- 8- Hernández Millán I, Salinas Sánchez AS, Pastor Guzmán JM, Martínez Martín M, Cañamares Pabolaza L, Virseda Rodríguez JA. Fístulas vesico intestinales. *Actas Urol Esp*. 1993; 17:252-8.

- 9- Jensen C, Garrido R, Bocic G, Abedrapo M, Cuneo A, Cáceres P. Enfermedad diverticular fistulizada. *Revista Chilena Cirugía* 2002; 54: 10- 14.
- 10- Bannura G, Portalier P, Contreras J. Fistulas colovesicales y recto vesicales. *Revista Chilena Criocirugía* 1996; 48 (6): 563-8
- 11- Bannura G, Cabello R, Figueroa C. Fistula colovesical en adultos: análisis de 22 casos. *Revista Chilena Urología* 1997; 62 (2): 247-51
- 12- Melchior S, Cudovic D, Jones J, Thomas C, Gillitzer R, Thüroff J. Diagnosis and surgical management of colovesical fistulas due to sigmoid diverticulitis. *J Urol.* 2009; 182:978-82.
- 13- Jarrett TW, Vaughan EW. C, curacy of computerized tomography in the diagnosis of colovesical fistula secondary to diverticular disease. *J Urol.* 1995;153:44-6
- 14- Fernández Fernández A, Ramírez Bañuelos M, García López de la Calle P, Lalinde García J, Gil Fabra J, Soria Ruiz S, et al. Aspectos diagnósticos y terapéuticos de las fístulas colónico-vesicales. Revisión de nuestra experiencia. *Actas Urol Esp.* 1992;16:727-30
- 15- Raymond P, Gibler W. Detection of colovesical fistula in the emergency department. *Am J. Emerg Med.* 1989; 7:191-5.
- 16- 17- Solkar MH, Forshaw MJ, Sankarajah D, Stewart M, Parker MC. Colovesical fistula- Is a surgical approach always justified? *Colorectal Dis* 2005; 7: 467-47
- 18- Carvajal Balaguera J, Camuñas Segovia J, Peña Gamarra L, Oliart Delgado de Torres S, Martín García- Almenta M, Viso Ciudad S et als. Colovesical fistula complicating diverticular disease: one- agerection. *Int Surg* 2006; 91: 17-23.
- 19- Garcea G, Majid I, Sutton CD, Pattenden CJ. Diagnosis and management of colovesical fistulae: six-year experience of 90 consecutive cases. *Colorectal Dis* 2006; 8:347-352.
- 20- Bartus CM, Lipof T, Sarwar CM, Vignati PV, Johnson KH, Sardella WV, Cohen JL. Colovesical fistula: not a contraindication to elective laparoscopic colectomy. *Dis Colon Rectum* 2005; 48:233-6.