

FISTULA SIGMOIDEO-VESICAL POR DIVERTICULITIS INTESTINAL SIMULANDO UN CANCER DE VEJIGA

Por los Dres. RICARDO BERNARDI, J. B. CHIODI y M. BUDICH

Las observaciones de fistula sigmoideo vesical en la literatura extranjera y nacional son muy escasas y el hecho de no figurar, al parecer ningún caso presentado al seno de esta Sociedad, consideramos de interés hacer unas breves referencias a esta enfermedad, aprovechando la historia de uno de nuestros pacientes asistidos en el Hospital Fiorito.

Síntomas: la mayoría de los autores consultados destacan síntomas de cistitis (polaquiuria, piuria y dolor) más o menos creciente y hematuria terminal, en ocasiones. *La hematuria y la eliminación de trozos de materia fecal*, así como semillas de frutas, muy característico, señalan la comunicación sigmoideo-intestinal (fístula) por diverticulitis, neo, etc. Es muy rara la salida de orina por el recto salvo una amplia comunicación.

Diagnóstico: los antecedentes intestinales de diverticulosis sigmoidea, neoplasia, etc., permitirán establecer el diagnóstico presuntivo de invasión intestino-vesical. El examen cistoscópico mostrará una zona congestivo edematosa, umbilicada en su centro, por la que puede salir espontáneamente o a la presión un líquido con las características del contenido intestinal. La imagen cistoscópica no es del todo característica y en ocasiones fué confundida con una neoplasia vesical, como en nuestro caso. El examen del sedimento urinario podrá aclarar en casi todas las ocasiones el diagnóstico cuando se sospeche la lesión.

La cistografía puede mostrar el pasaje de la sustancia opaca al intestino, a través de la fistula siendo muy difícil que lo mismo ocurra cuando se practica un enema con bario.

La urografía no muestra por lo general ninguna alteración.

Tratamiento: Depende del estado local y general.

I) Si las condiciones son óptimas... y si se tiene suerte, se podrá practicar la separación del sigmoide y de la vejiga; la resección de la zona enferma del intestino con sutura inmediata término-terminal y extirpación parcial de la vejiga con sutura en dos planos.

Decíamos "si se tiene suerte" porque la mayoría de los autores señalan el fracaso frecuente de la sutura inmediata término-terminal, si no existe un ano contra-natura previo de descarga, que debe ser mantenido 3 ó 4 semanas después de la anastomosis.

La resección económica del divertículo sigmoideo fistulizado y la zona vecina inmediata, que sería ideal, fracasa siempre como ocurrió en nuestro caso, estableciéndose a los pocos días la salida del contenido intestinal por la herida cutánea.

II) 1º) ano contra-natura transversa; 2º) resección de la zona enferma del sigmoide y sutura término terminal; con cierre de la vejiga y 3º) cierre del ano

por el método de Pauchet o anastomosis término-terminal 2 a 3 semanas del 2º tiempo.

III) Si el estado general es malo y existe gran reacción inflamatoria local se hará: 1º) exteriorización del sigmoide enfermo dejando los 2 cabos abocados



Figura 1

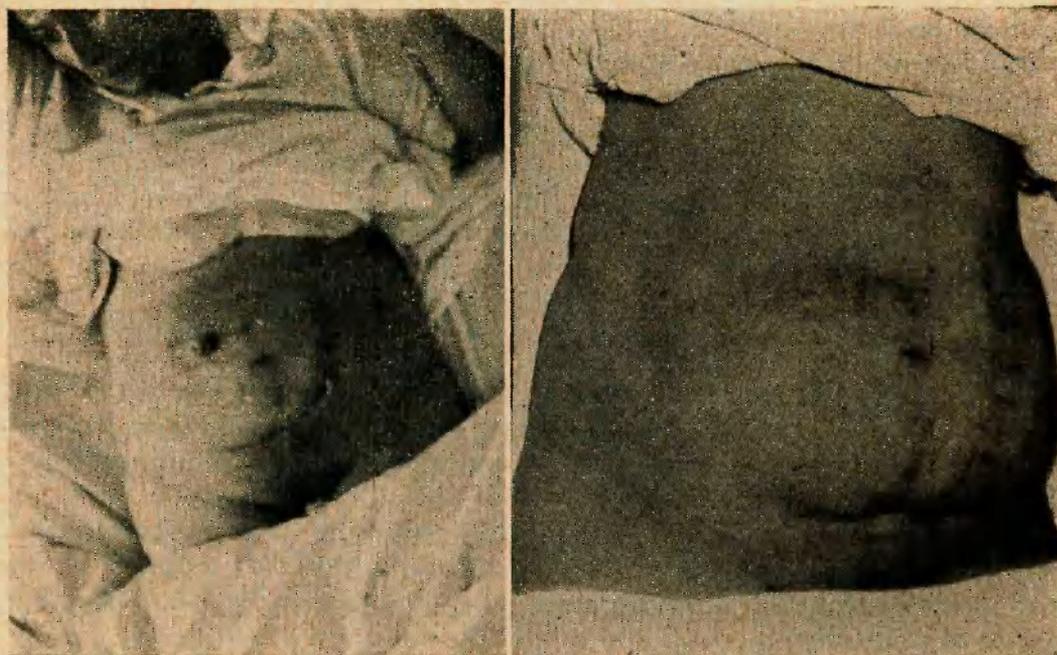


Figura 2

Figura 3

a la piel con cierre de la fístula vesical; 2º) ano contra-natura transverso; 3º) 6 semanas después resección de todo el sigmoide enfermo con sutura término-terminal; 4º) cierre del ano transverso 1 mes después.

Historia Clínica (Servicio de Urología del Hospital Pedro Fiorito).

S. V. — Casada, 42 años.

Un año antes del ingreso, cistitis que se ve acrecentado hasta presentar discreta hematuria terminal, intermitente, con suaves dolores en flanco izquierdo.

Al examen cistoscópico lesión intermeática con las características de una neoplasia. Electrocoagulación en 2 oportunidades. Como no mejora se decide su operación a cielo abierto, hallándose una masa dura e irregular que adhiere vejiga y colon sigmoideo y que de visu confirma el primer diagnóstico. Sin embargo la separación cuidadosa de ambos órganos, muestra un sigmoide con varios divertículos y uno de ellos en tan íntimo contacto con la vejiga, que se abre al intentar separarlo: resección de la zona vesical afectada y del divertículo con cierre en dos planos de ambos órganos; trozo de epiplón sobre el intestino; drenaje intraperitoneal; 6 días después, *fistula estercorácea*; ano contra-natura transversa; 2 meses más tarde; *hemicolecotomía izquierda con anastomosis término terminal*; hace 8 días a los 40 de la última intervención, *cierre del ano contra-natura*, que funciona perfectamente.

La enferma a pesar de sus múltiples operaciones se encuentra en buen estado como lo muestran las radiografías y fotografías adjuntas.

R E S U M E N

1º) Se presenta un caso de fístula sigmoideo-vesical caracterizada por una intensa cistitis que fue confundida y tratada por vía endoscópica como una neoplasia vesical.

2º) La enferma curó mediante el siguiente plan:

- a) un ano contra-natura transversa;
- b) una colectomía izquierda con anastomosis término-terminal y
- c) cierre del ano contra-natura.

3º) Se hace un resumen de los síntomas, el diagnóstico y la técnica quirúrgica, según el estado local y general.

B I B L I O G R A F I A

- Maingot Rodney*. — Operaciones abdominales. T. II, 355, 3ª ed.
C. W. Mayo y Blunt. — S. G. y O. T. 91, 612.
Ormond, Best y Klinger. — S. G. y O. T. 98, 411.
Peters. — *Int. Abst. Surg.* T. 69, 582.
Morrissey. — J.A.M.A. T. 96, 843; t. 133, 458.
Colcok. — S. Clin. North America. T. 32, 909.
Edwards Harold. — Ann. Roy. Coll Surg. England. T. 4, 371.
Higgins, J. — J. Urol. T. 36, 694.
Lett. — Proc. Soc. Med. T. 25, 1811.
Lockhart-Mumery. — Lancet. T. 2, 1401.
Barnes y Hill. — J.A.M.A. T. 133, 456.
A. Laurence. — Prensa Médica Argentina. T. 37, 3047.
Querneau y Waldman. — J. d'U. Vol. 62, 96.
R. Gayet. — J. d'U. V. 60, 255.