

## Fístula vesico sigmoidea

Dres. Jorge A. Saubidet, John Christie, Marco A. Castria, Carlos A. Saenz.

Las causas de las fistulas vesico intestinales pueden clasificarse de la misma manera que las vesico vaginales; congénitas, inflamatorias, neoplasicas y traumáticas.

Para Peters las causas más corrientes son diverticulitis, carcinoma de recto y de sigmoides, accidentes quirúrgicos y tuberculosis, por orden decreciente.

Hredc coincide con este orden de frecuencia dando un 47% para las de origen inflamatorio y dentro de ellas predominan las condicionadas por diverticulitis del sigmoides. Dos son los síntomas característicos de las fistulas vésico intestinales, el pasaje de materias fecales y gases hacia la vejiga y pasaje de orina hacia el recto.

En ocasiones según Puigvert puede presentarse un período prodromico o prefistuloso con sintomatología de infección urinaria dado por la presencia de un absceso peri vesical.

La fecaluria y la neumatúria unidos a la polaquiuria son los síntomas que determinan la consulta del enfermo, en tanto que el pasaje de orina hacia el recto no es tan frecuente por requerir una comunicación amplia entre ambos órganos.

Si bien los antecedentes y la sintomatología pueden orientar al médico, el diagnóstico preciso debe realizarse por visión directa de la fístula, cistoscopia, rectosigmoidoscopia; o indirecta a través del relleno opaco y la radiografía, cistografía, colon por enema.

Creemos oportuno presentar un caso de fístula vésico sigmoidea de origen diverticular por la peculiar característica de su tratamiento.

**HISTORIA CLINICA:** C. A., 55 años, casado, argentino. H. C. N<sup>o</sup> 22.353. Hospital Aeronático Central.

**ANTECEDENTES:** Insuficiencia cardíaca compensada.

## FISTULA VESICO-SIGMOIDEA

**ENFERMEDAD ACTUAL:** Desde hace ocho meses manifiesta padecer polaquiuria y presentar orinas turbias. Hace ocho días se instala cuadro caracterizado por dolor urente en hipogástrico, seguido de fecaluria, neumatúria y polaquiuria.

**ESTADO ACTUAL: EXAMEN UROLOGICO:** La cistoscopia revela en cúpula vesical formación de tres centímetros de diámetro, sesil, proliferativa con zona céntrica infundibular y litiasis muriforme. Bordes de cuello vesical convexo por incipiente hipertrofia prostática.

**EXAMEN PROCTOLOGICO:** Rectosigmoidoscopia: Mucosa de aspecto normal hasta 25 cm. del ano.

El examen radiográfico muestra urograma con probable pasaje de sustancia opaca al asa sigmoidea, el igual que la cistografía en colon por enema diverticulosis.

Dentro de los análisis complementarios realizados arrojan datos de interés la orina con presencia de 1 gramo de albúmina, piuria y bacteriuria. Hemoglobina abundante. El cultivo, bacilos coliformes y estafilococos. Eritrosedimentación: 60 y 84.

**OPERACION:** 20-1-65.

Laparotomía paramediana transrectal izquierda. Se libera colon sigmoideo constatándose comunicación con vejiga. Separación de los dos órganos y cierre de la brecha colónica con lino. Epiploplastia. Resección del orificio fistuloso. Cierre de la vejiga con catgut simple 0 en dos planos. Cistostomía extraperitoneal y apendicectomía. Cierre de la pared por planos. Avenamiento de la cavidad peritoneal. Alta el 12-2-65. El control posterior del enfermo revela su curación hasta la fecha.

**COMENTARIO:** Llama la atención en nuestro enfermo la existencia de un período pre-fistuloso, ya señalado por Puigvert, de ocho meses hasta la instalación brusca de la comunicación patológica, referida como dolor urente en hipogastrio.

La imagen seudo tumoral de vejiga coincide con lo observado por los Dres. Bernardi, Chiodi y Budich en una comunicación presentada a esta Sociedad.

Como refieren dichos autores el tratamiento depende del estado local del proceso general del enfermo.

En condiciones óptimas podrá realizarse la resección de la fístula y cierre de ambos órganos en un tiempo quirúrgico.

En caso contrario la intervención será seguida de colostomía temporaria o aún del año definitivo previo.

La generalidad de los autores aconsejan la resección de un segmento colónico con restitución de la continuidad por anastomosis término terminal.

En nuestro caso hemos preferido la resección simple de la fístula y el cierre inmediato del orificio intestinal dado la vitalidad aparente del tejido juxtadiverticular.

Colaboró en el estudio anatómico patológico del presente caso el Doctor E. Padorno.

**RESUMEN:** Presentamos un caso de fístula sigmoideo vesical por diverticulitis. Destacamos la existencia de un período prodrómico y una imagen seudotumoral endovesical. Consideramos que en los casos de manifiesta vitalidad de la pared intestinal debe realizarse la fistulectomía simple con cierre en un tiempo quirúrgico.