

FISTULA SIGMOIDEO VESICAL (*)

Dres. Emilio Bonnacarrere y Luis M. Bosch del Marco

Las fistulas vesico - intestinales pueden ser vesico - rectales, vesico - cólicas y excepcionalmente vesico - ileales.

Habitualmente, la comunicación es la complicación de un cáncer del intestino (recto o colon pelviano) o de un proceso inflamatorio en una diverticulosis sigmoidea, como en el caso que presentamos.

Contrariamente a las fistulas vesico - rectales que son bajas, posteriores, trigonales en su abertura vesical, las fistulas vesico - sigmoideas, las más frecuentes, son altas y laterales poniendo en comunicación la cavidad vesical con la cavidad intestinal con adherencias que tabican la pelvis.

La constitución de una fístula sigmoidea - vesical, es precedida de un síndrome de cistitis o de falsa cistitis durante algún tiempo, mientras no es lesionada la mucosa vesical. En un momento dado, aparece un signo inconfundible y patognomónico: la neu-maturia que se repite a cada micción, se enturbian las orinas y cuando la fístula se hace de mayor calibre aparecen partículas de materias fecales en la orina.

Dos hechos llamativos son a hacer notar:

1º) Se creería que un síndrome de cistitis intensísimo debería instalarse, secundario a este pasaje continuo y masivo de la flora microbiana intestinal a la vejiga, sin embargo no es así, el enfermo tiene ardores discretos, sensación de cocción al orinar y una polaquiguria discreta que contrastan en su levedad, con la seriedad de la complicación aparecida.

2º) No hay generalmente pasaje de la orina al intestino, ni aún en los esfuerzos de micción. De ahí se deduce que la cistografía no marca generalmente el trayecto fistuloso. Debe hacerse

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 12 de noviembre de 1959.

un enema baritado y tomar radiografías en distintas incidencias para poner de manifiesto, radiológicamente, la comunicación intestino vesical y la causa de esta complicación (cáncer recto - sigmoideo o diverticulosis del colon). (fig. 1).

La cistoscopia nos da la topografía endovesical del orificio

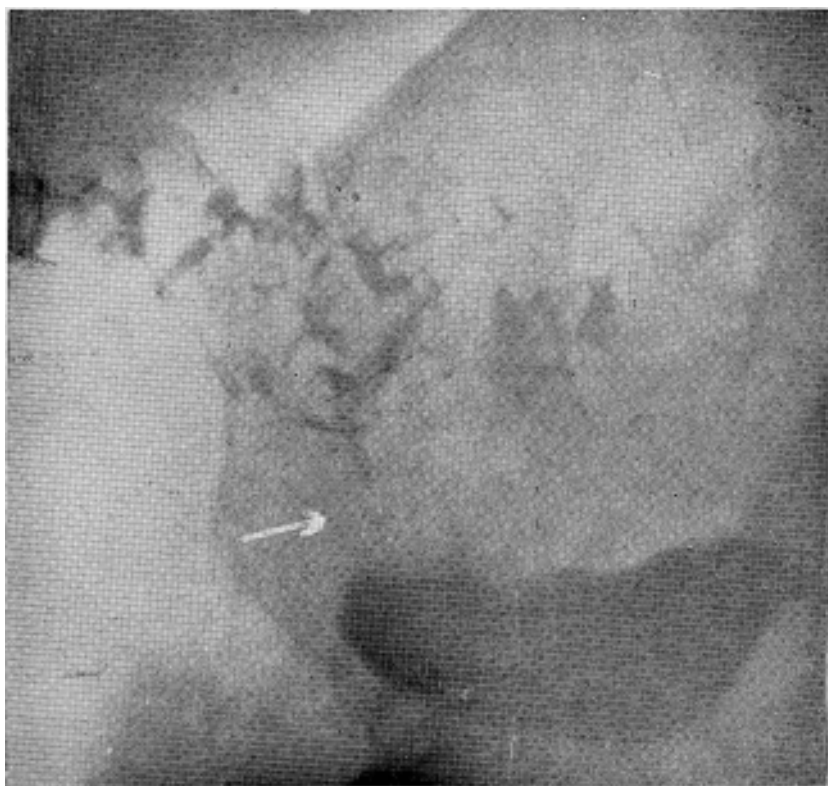


Fig. 1.

fistuloso, dato importante que pesará en la técnica y en la táctica quirúrgica a instituir.

Se debe resear la porción de pared vesical en que se abrió la fistula con cierre en doble plano extra mucoso; separar la vejiga del intestino y resear la porción de intestino en que asienta la causa provocadora de la complicación fistulosa.

Esta operación, en nuestra opinión, no debe ser realizada en un solo tiempo. Como primer tiempo debe hacerse una colostomía

del transverso de preparación y protección de suturas; seguida de un 2º tiempo para verificar el tratamiento radical colónico y vesical; finalmente en un 3er. tiempo, garantizada su buena permeabilidad, se decidirá el cierre de la colostomía, acompañándola de los recursos quirúrgicos que consideramos convenientes

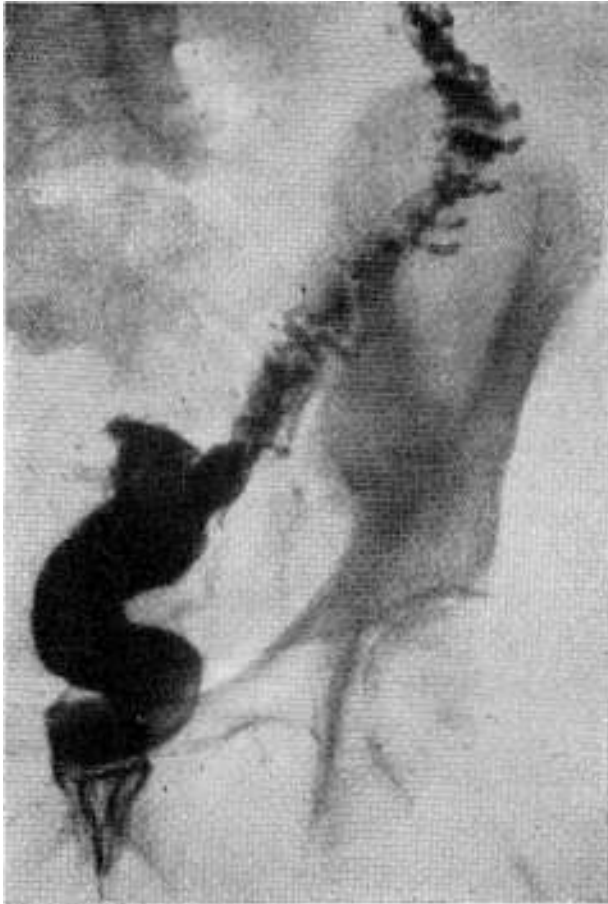


Fig. 2.

para su mejor resultado, nos referimos a la comisurotomía posterior del esfínter anal.

Presentamos bien documentada la siguiente observación:

H. B., 56 años. Consulta por neumatúria y porción de materias fecales en la orina.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

El diagnóstico de fístula vesico - intestinal no ofrece dudas.

El estudio radiológico muestra:

1ª Placa: diverticulosis del colon. Trayecto fistuloso, que por enema baritado marca la comunicación sigmoidea con la cúpula vesical. (fig. 1)

Relleno de la vejiga con la sustancia baritada del enema.

2ª y 3ª Placas: Evacuada parcialmente la sustancia de contraste del colon se hace más evidente la diverticulosis múltiple; por el esfuerzo de evacuación intestinal el relleno vesical ha aumentado.

4ª Placa: Restitución de la luz intestinal.

Radiografía de control un mes después de la resección. (fig. 2)

7º) Presentamos una microfotografía correspondiente a la superficie de sección del colon sigmoideo que fue resecado en su totalidad, en donde se comprueba la presencia de divertículos gigantes que sobrepasan el diámetro de la luz del intestino, encontrándose éste a su vez con aspecto de un proceso inflamatorio crónico con gran espesamiento parietal.