

Fístulas sigmoidovesicales por complicación de la enfermedad diverticular colónica *

Dres. BORIS ASINER y HECTOR SCHENONE **

La fístula sigmoidovesical constituida por complicación de la E.D. del colon, establece una comunicación patológica —“espontánea”— entre el sigmoide afectado por E.D.C. y la vejiga.

Es la fístula colovisceral (6) más frecuente por E.D.C. Para su estudio y tratamiento es aconsejable la integración de un equipo formado con urólogo. Su frecuencia es para Colcock y col. (5) 14 %, para Rodckey y Welch, 11 W (218 casos de E.D.C.). Bacon y McGregor, 20 % (en 257). Pugh (9) reúne 13 observaciones, 2 coincidiendo con neoplasma en 30 casos donde otras causales son: cáncer de recto, quiste dermoideo, absceso apendicular, ileítis, cáncer de vejiga. Hemos reunido 10 casos de fístulas sigmoidovesicales (1) [6 en el hospital (en una serie de 230 = 3 %)] coincidiendo uno con carcinoma. Hay observaciones presentadas por Bonnacarrere y Bosch (4), Hughes, Lockhart (6), Viola y Bonavita (3).

La fistulización es más frecuente en el sexo masculino, en razón de que el aparato genital femenino —interno— constituiría una barrera a su integración. La edad en nuestros casos, fue entre 42 el menor y 79 el mayor, 8 en hombres y 2 en mujeres. Ello está relacionado a que en dichas edades es que la E.D.C. tiene su mayor incidencia (1). Reunir una experiencia personal con alto número de casos resulta difícil. Sabido es que la E.D.C. tiene una topografía mayoritaria en el sigmoide (70 %) por lo cual la incidencia en él es mayor.

El sector colónico afectado está a menudo engrosado, con importante pericolicitis (7). Si bien actualmente se reconoce que la afectación es inicial en un solo divertículo, con formación de microabsceso, sobre todo extraparietal, la reiteración de empujes y su evolución, puede integrar un macroabsceso pericólico. Su ubicación topográfica pelviana con contacto vesical, explica esa propagación (2). La efracción de la pared vesical, por absceso intermediario, sería un modo de producción, aunque puede éste faltar realizándose comunicación sigmoidovesical por simple extensión del proceso sigmoidocolónico. Globalmente la fístula en un 50 % de las veces sería por complicación de la E.D.C. y un 30 % por carcinoma (10). Es importante para el estudio anatómopatológico de la pieza y ubicación de los crificios y trayecto, llenar la luz colónica con formol al 10 %, obturando los 2 cabos (9). A

veces, aun sabiendo que la fístula existe, su identificación es muy laboriosa. Se observa engrosamiento colónico y sobre todo subseroso y de la capa muscular parietal. Indemnidad de la mucosa, salvo el orificio de fístula. Es posible identificar también microabscesos. Topográficamente las fístulas en la vejiga son altas, trigonales e izquierdas. También pueden ser bajas; el carcinoma sería la causa más frecuente.

Del punto de vista clínico, los pacientes consultan cuando sus manifestaciones urinarias toman entidad. Más que por causa de una alteración intestinal —que puede pasar desapercibida— el motivo de la consulta es la alteración urinaria. Los disturbios intestinales pueden precederlos o no. Es preciso tener en cuenta que, cuando en el paciente con E.D.C. se adicionan síntomas urinarios, es aconsejable investigar la presencia de fistulización. Constituye una indicación de resección colónica en la E.D.C. (1, 2, 5). Hay una etapa inicial, donde los trastornos miccionales disúricos pseudocistitis con orinas claras. Dolor suprapúbico; a veces tumefacción perceptible en hipogastrio o F.I.I. o pelvis, por tacto rectal (pelviano). Puede ser posible relacionarla con existencia de un proceso vinculado a vejiga, próstata o sigmoide patológico. Si el problema no es conocido, puede llamar la atención la escasez de síntomas intestinales. Cuando la fistulización se ha producido, (efracción de la mucosa vesical) ello no se exterioriza como un accidente agudo, ni es motivo de consulta urgente, sino que tiene progresiva instalación. Hay neumatúria, expulsión de gases por uretra, durante la micción, sobre todo al final, con o sin ruidos y/o fecaluria, materias fecales mezcladas con orina, durante la micción (la neumatúria puede ponerse de manifiesto haciendo orinar al paciente bajo agua, con sonda puesta, observándose burbujas). La neumatúria puede presentarse por otra parte, también en ciertos pacientes diabéticos, aun sin descompensación metabólica, aunque en ellos, no hay fecaluria. El examen microscópico de la orina puede, a veces, evidenciar restos de alimentos y/o fecales. Es importante el estudio de su bacteriología, hallando gérmenes intestinales. Estos trastornos pueden ser intermitentes. Si no hay infección importante, lo que es habitual, la orina puede ser clara, no turbia. Es orientadora la investigación de alteraciones colointestinales, que como vimos pueden no haber tenido relieve para el paciente. Es llamativa la tolerancia, a veces, por el paciente, de la complicación.

El estudio del paciente incluye el colon por enema —fundamental— con variados perfiles

* Presentado a la Sociedad de Cirugía el 5 de mayo de 1971.

** Docente Adscripto de Cirugía y Profesor Adjunto de Urología (Fac. Med. Montevideo).

—morfología y mucosografía— que pueden, aunque no siempre, evidenciar la E.D.C. complicada. Más raramente comprobar la complicación —fistulización colovesical—. La rectosigmoidoscopia a veces no aporta elementos de juicio definitivo referentes a la E.D.C. aunque es útil para descartar otras lesiones en su alcance. El estudio urológico incluye la urografía de excreción para ver, sobre todo, las condiciones del sector alto izquierdo, casi siempre indemne y observar la conformación vesical —frecuente apreciación de aplastamiento alto e izquierdo y la cistografía. Cistoscopia, con posibilidad de eventual biopsia. Aportan datos no sólo de las condiciones urológicas, sino que pueden orientar a la identificación del uréter en el acto operatorio. Señalemos que en el caso de coexistencia de E.D.C. con carcinoma colónico existía un bloqueo ureteral izquierdo. En la cistografía puede verse la vejiga deformada en su sector alto izquierdo (8, 9).

No hemos visto pasaje de sustancia de contraste al intestino. El hecho inverso, por estudio del tránsito del enema baritado puede verse, aunque lo frecuente ha sido la comprobación de contraste extraluminal en la pelvis, orientado hacia la vejiga sin visualización de la fistula. Estadísticamente 50 % (9, 10) de las veces la fistula no se visualiza por cistoscopia —orificio— pero se observa en la zona afectada —alta izquierda la más frecuente—, una alteración de tipo inflamatorio. A veces pseudotumoral, que contrasta con la indemnidad del resto de la mucosa vesical. Algunas veces ha sido observado el pasaje de cuerpos extraños durante la cistoscopia, por el orificio fistuloso. Algunos autores han hecho la cateterización de la fistula por vía vesical, y realizan su estudio contrastado, evidenciando la colopatía diverticular lesional. Pugh (9) señala que a menudo no se observa la abertura fistulosa, aunque sí elementos localizados, no definidos, de cistitis —enrojecimiento— edema bulloso. Otras veces formaciones “seudopoli-poides” que pueden requerir biopsia para su definición.

La repercusión sobre el estado general es variable. Generalmente no hay pérdida urinaria en el acto de la defecación. En los casos que presentamos, la fistulización fue intraperitoneal, aunque ella puede ser extraperitoneal, ureteral, rara (9). En 3 de los 10 casos había absceso intermediario. En los demás el proceso inflamatorio séptico pericolónico realizaba la fistulización directa. Cuando en relación a un sufrimiento urinario, no se comprueban elementos definidos por el estudio citoscópico y el paciente tiene alteraciones colosigmoideas que pueden ser vinculadas a colopatía diverticular —clínicos radiológicos— la E.D.C. como causal puede plantearse. Sin embargo ella no será tomada como definitiva, puesto que otras etiologías (10) en especial el carcinoma colónico, puede estar agregado y ser la causa. Es sabido que un sector colónico lesional extenso y sin lesión de mucosa importante, con presencia de divertículos, orienta más a E.D.C. Sin embargo ello no constituye certeza. Hay circunstancias donde sólo la laparatomía y el estudio histopatológico —a veces biopsia ex-

temporánea— pueden ser necesarios. La laparatomía muestra la complicación y evidencia del origen sigmoidocolónico. Sin embargo, pueden haber dificultades en la exclusión del carcinoma colónico como causal. En la E.D.C. el proceso patológico perivisceral es importante, y como hecho fundamental, la mucosa no presenta alteraciones importantes. En el acto quirúrgico la físcula vesical puede ser evidenciada por sonda de Foley vesical. Inyección de suero por la sonda, durante la intervención hace posible reconocer y ubicar la fístula, luego de la separación colovesical —orificio—.

Han sido señalados casos donde aun con la pieza abierta y conociendo la existencia de la fistula ha sido laborioso ubicarla. Se comprobó sólo un proceso inflamatorio séptico pericolónico. La resección del sector vesical involucrado no siempre es necesaria. En 3 casos, al momento operatorio, la fistula no se hallaba permeable. Se efectuaron simples puntos de “cubierta” seroserosos (pacientes que tuvieron neumatúria y fecaluria, y que recibieron intensa terapia (antibióticos, etc.) en el preoperatorio. No se verificó, por inyección, la existencia de efracción. La sonda es útil además para desgravitación en el postoperatorio. Como táctica sobre la afección colónica E.D.C. —sigmoidea— fue realizada la resección del sector patológico. Es aconsejable, luego de la anastomosis, efectuar una anastomía de “descarga” proximal, por arriba —transversa derecha—, que por otra parte puede ser previa. En casos seleccionados, pacientes con buen estado general y sin infección urinaria importante, la intervención puede hacerse en una etapa. Hemos hallado en todos los casos, luego de la liberación, distalmente al sector del colon patológico con E.D.C., una zona rectosigmoidea apta para la anastomosis. Cuando el reconocimiento de la E.D.C. es de certeza, puede no ser necesaria la ligadura pedicular en la hemorroidal o tronco de las sigmoideas, conservando buena irrigación en los cabos a anastomosar. Ligadura en la resección sólo de los vasos cercanos al colon, yuxtacolónicos. El cierre colostómico se hará luego de verificar ausencia de patología en la anastomosis (estenosis, fistulización, etc.). La preparación preoperatoria tratará de lograr vacuidad (enemas, laxantes, etc.) y septicidad intestinal disminuida (sulfas, antibióticos). La descompresión por sonda intubación digestiva nasogastrointestinal puede ser útil (usamos una sonda nasogástrica simple y eventualmente la de Cantor) facilitando el manejo operatorio. La elección de la táctica estará en relación a:

- condiciones del paciente;
- asociaciones lesionales;
- presencia y grado de infección urinaria;
- resultado de la exploración urológica; y
- exploración operatoria.

Ha sido mencionado la formación de litiasis vesical en el postoperatorio (9), al parecer no vinculada definitivamente a material de sutura vesical. El hecho de que muchos de los pacientes están en condiciones geriátricas da razón de la morbimortalidad existente (compli-

caciones broncopulmonares, cardiovasculares, tromboembólicas, etc. y de infección urinaria). En nuestra corta serie no han habido complicaciones importantes.

El plan táctico deberá considerar la situación como un proceso inflamatorio séptico —intestinal— con vinculación adherencial con o sin absceso intermedio y fistulización vesical, ubicado topográficamente en la pelvis. E.D. del sigmoide complicada a veces pseudotumoral vinculada a vejiga. Ello implica que no se trata simplemente de separar dos sectores viscerales, sigmoide de vejiga, y reparar los orificios resecaando el trayecto. La sutura fracasa cuando se realiza sobre tejidos patológicos con proceso inflamatorio. No escapa a esta condición la complicación que tratamos. Si se conserva el sector de colon con la E.D.C.

transitando mantiene su potencial de evolución patológica.

Es preciso cumplir la adición de dos gestos fundamentales:

1) Resecar el sector del colon patológico con E.D.C., siendo aconsejable “destransitar” la anastomosis por colostomía —proximal— transversa derecha, previa o concomitante.

2) Sobre la vejiga, según la condición local y por prueba por inyección por sonda de Folley de su integridad —continencia— así como la comprobación del grado de lesión, será resecaado o no el sector afectado, fistulizado. La vejiga será desgravitada por sonda a permanencia, temporalmente. Se ha de ser cauto en la separación, disección vesical, ya que el sector resecaado es siempre el intestinal.

Argumentos para investigar su diagnóstico

UROLOGICOS

- Neumaturia.
- Fecaluria. (Pasaje de restos fecales).
- Infección urinaria con orinas “intermitente” clara o o “recurrente” piúrica identificación o no de gérmenes intestinales
- Seudo-cistitis con orinas limpias.
- Estado general frecuentemente sin alteración.
- Edad promedio: 58 años
menor 39
mayor 70
- Sexo (sobre todo en hombres) (8 en 10).
- Cistografía:
alteración;
aplanamiento alto izq. de la imagen vesical.
- Cistoscopia: 50 % de las veces no visualización del orificio fistuloso. A veces edema bulloso, alto, izquierdo. Puede ser necesaria biopsia por aspecto pseudotumoral.
- Urografía de excreción. Uréter izq. sin alteraciones en la E.D.C.

—NO CIERRE PERMANENTE ESPONTANEO.

—TRATAMIENTO QUIRURGICO:

- Resección del sigmoide afectado de E.D.C. complicada.
- Tratamiento del absceso intermedio, cuando existe.
- Resección si es necesario del sector vesical fistulizado.
- Procedimiento táctico, con “cirugía escalonada”.
 1. Colostomía “proximal”, transversa derecha, previa o concomitante.
 2. Resección sigmoideocolónica con o sin cistectomía parcial, si existe fistulización al momento operatorio.
 3. Cierre colostómico.

CASUISTICA

75. a. ♂.—Siete años de disturbios abdominales. Hace 2 años se le diagnosticó por colon por enema: (E. D. C.). Dolores en F.I.I. y bajo vientre. Consultó por disuria. Neumaturia y fecaluria. Orinas turbias. T.R. Tumefacción en pelvis. Rectosigmoidoscopia hasta 20 cm. s/p.

INTESTINALES (colosigmoideos)

- Existencia de E. D. del Colon.
- Colon por enema (investigarlo aun sin evidencia clara en los antecedentes), comprobación infrecuente de la fistulización. A veces salida extraluminal, orientada hacia la vejiga, en algún perfil.
- Rectosigmoidoscopia, como estudio complementario.
- Investigar siempre la posibilidad de carcinoma colosigmoideo coincidente o causal.

Diagnóstico “seudo-tumor” inflamatorio pelviano, por E.D.C. complicada, con fístula S.V.

Colostomía transversa. Exploración: comprueba tumefacción que engloba sigmoide y vejiga, extendida a pequeña pelvis. R.X por colostomía cabo distal: Colon hipertónico, con divertículos múltiples. No evidencia de pasaje a vejiga.

Segunda operación. Colectomía izq.: sigmoidectomía con cierre de efracción vesical.

Tercera operación. Cierre de colostomía. La anatomía patológica macroscópica muestra un sector de intestino grueso de 16 cmts con una saliencia en la mucosa. A su lado un trayecto que comunica mucosa a serosa. El trayecto atraviesa todas las capas. En la serosa hay congestión y hemorragia. Meso con esclerosis y lipomatosis. Al examen microscópico se observan divertículos con proceso inflamatorio y un trayecto, alargado, que en el plano subseroso llega a una ulceración parcial de la pared, sustituida por tejido granulomatoso, inflamatorio crónico, inespecífico y con macrófagos.

Evolución sin incidentes. Recuperación.

79 a. ♂.—Consultó por trastornos intestinales y dolores de F.I.I. Presencia de síndrome suboclusivo. El estudio radiológico simple de abdomen mostró un "íleo" que predomina en lado izquierdo y bajo del abdomen. Se hace tratamiento con antibióticos, intubación nasogástrica rehidratación controlada, etc. Con la evolución una tumefacción baja de hipogastrio y de F.I.I. Como tiempo preliminar, *colostomía transversa derecha*. El estudio radiológico de contralor muestra divertículos en el sigmoide con importante alteración de su morfología. Si bien no se descarta otra causal se consideró oportuno insistir con medidas conservadoras. A los 2 meses el estado general era excelente. Pero manifiesta tener disuria; neumaturia y fecaluria.

Segunda operación. Resección de sigmoide. Plano seromuscular sobre zona de unión patológica colovesical. No se evidenció la fistula por inyección vesical por la sonda de Foley.

Tercera operación. Cierre de la colostomía.

La anatomía patológica confirmó la E.D.C. complicada sigmoidea. Diverticulitis con peridiverticulitis.

Recuperación. Evolución sin incidentes.

59 a. ♀.—Tres años de disturbios intestinales. Diarreas, cólicos. Estado febril, coincidentes. Tratamiento médico. Hace 3 meses dolores de bajo vientre. Disuria. Instala neumaturia. Comprobación además de fecaluria. Estudio radiológico de colon confirma E.D.C. sigmoidea. Estudio urológico: lesión vesical alta e izquierda (urotrocopia y cistografía).

Primera operación: colostomía transversa derecha.

Segunda operación: resección de sigmoide y sector de fistulización vesical.

Tercera operación: cierre de colostomía.

El estudio anatomopatológico: la micro reconoce un fragmento de 1 cmt. de mucosa vesical con proceso inflamatorio crónico con infiltración plasmocelular del corión.

Pequeña ulceración con formación de tejido de granulación. Cistitis crónica. El estudio micro del fragmento de intestino muestra mucosa con pequeña ulceración cuyo fondo está formado por un tejido de granulación con células de cuerpo extraño. Múltiples divertículos. El estudio macroscópico muestra mucosa del intestino con pliegues normales sin solución de continuidad. Sobre la cara externa se observa gruesa capa de tejido grasoso y en la parte media hay un hundimiento en forma de embudo, de aspecto cicatricial.

Recuperación.

62 a. ♂.—Síndrome doloroso de bajo vientre; tratamiento sintomático. Instala disuria, neumaturia y fecaluria. Visto por nosotros, por tacto pelviabdominal se comprobaba tumoración pelviana. El estudio radiológico

complementario, simple y del colon por enema, orienta a E.D.C. sigmoidea complicada. La rectosigmoidoscopia no aporta nada significativo. El estudio urológico muestra zona de cistitis focal, supratrigonal izquierda. Se hace intensa terapia preoperatoria, antibióticos.

Primera operación. Resección sigmoidea, previa evacuación de un absceso intermedio sigmoivesical. Reparación del sector de fistulización vesical. Resección. Adición de colostomía transversa derecha.

Segunda operación. Cierre de colostomía. El estudio anatomopatológico muestra un sector de colectomía que mide 17 cmts. En su superficie externa a 3 cmt. del cabo distal, una zona parduzca, indurada, con una solución de continuidad de unos 5 mm. Mucosa conservada con divertículos. El corte a nivel de la lesión muestra un trayecto que tiene orificio externo, con infiltración hemorrágica, parduzca. La microscopía muestra pared de intestino, colon, con textura típica de divertículos trasparietales, atravesando una capa de engrosamiento parietal muscular. Lipomatosis. Hay células gigantes multinucleadas de tipo de cuerpo extraño. Fibrosis, edema y microabscesos. Proceso inflamatorio intra y peridiverticular. Algunos divertículos llegan hasta la serosa con proceso inflamatorio yuxtadiverticular.

Recuperación.

57 a. ♂.—Consulta por síndrome de cistitis. Disuria y neumaturia. El examen rectosigmoidoscópico s/p-Colon por enema: hemicolon izq. con divertículos sobre todo sigmoideos. Cistoscopia: Mucosa congestiva, sangrante, no ulcerada. Zona de cistitis focal, alta, izquierda. Posible comunicación vesicointestinal.

Primera operación. Colostomía transversa derecha.

Segunda operación. Cierre de colostomía. El estudio anatomopatológico macroscópico muestra sector colónico de unos 14 cmts. de longitud, con engrosamiento parietal sobre todo subseroso. En su parte media trayecto fistuloso de unos 2 cmt. de longitud, trasparietal. La sección parietal muestra divertículos. La microscopía confirma Colopatía Diverticular, engrosamiento muscular. Proceso inflamatorio crónico en el plano subseroso, hasta donde llega un divertículo. No se pueden observar restos de pared vesical en comunicación con el divertículo.

Recuperación.

44 a. ♀.—Hace 3 años cuadro agudo de abdomen de bajo vientre y F.I.I. con integración de un síndrome peritoneal. Vómitos. Estado febril. Douglas doloroso. Fue abordada por la aparatología exploradora, por Mac Burney, comprobándose: pseudomembranas, pus bien ligado y no determinando claramente la causa. Apéndice s/p-. Se realizó apendicectomía. Toilette peritoneal, con drenaje del Douglas y de la F.I.D. En el p.o. febrícula persistente. El estudio complementario en Policlínica mostró colon hipertónico, acentuación del relieve y bordes dentellados. Sigmoide con algunas imágenes diverticulares. Consulta ahora en Policlínica por síndrome de cistitis y estado febril. Neumaturia y fecaluria. Comprobación de tumoración pelviabdominal sobre todo izquierda. (Tacto rectal y vaginal). Diagnóstico posible: absceso perisigmoideo con proceso pseudotumoral inflamatorio fistulizado en vejiga. La cistoscopia muestra orinas piúricas con vejiga de capacidad disminuida. Trígono elevado en sector izquierdo. Edema zonal. Anractuosis con falsas membranas ¿asiento de fistula? Etiología: E.D.C. complicada con fistulización sigmoivesical que tuvo hace 3 años, posiblemente una peritonitis con complicación por Diverticulitis sigmoidea.

Primera operación. Colostomía transversa derecha.

Segunda operación. Resección de sigmoide incluyendo zona de vejiga: fistula alta.

Tercera operación. Cierre de colostomía.

Macroscópicamente, en el pequeño fragmento de 15 mm. de vejiga reseca, en su mucosa, no se observa trayecto fistuloso. A la microscopia es un sector de pared vesical con proceso inflamatorio crónico, con tejido de granulación crónico, constituida por tejido muscular liso y mucosa vesical con proceso inflamatorio. El estudio del sector colónico reseca, muestra que se trata de una Colopatía Diverticular, con diverticulitis y peridiverticulitis y lipomatosis.

39 a. ♂.— Cuatro meses de disturbios intestinales con alternancia de diarreas y estreñimiento. Empujes dolorosos de bajo vientre, sobre todo izquierdos y a varias temperaturas de hasta 38 grados. Pequeñas pérdidas hemáticas por el ano; pujos. Es enviado a consulta urológica por dolor miccional. Orinas claras inicialmente y luego turbias. Neumatúria. Urografía muestra, uréter izquierdo dilatado desde la F.I.I. hacia arriba con imagen pielocalicial dilatada, sin visualizarse tercio inferior. Uréter der. s/p-. Al tacto rectal, en la parte alta, agrandamiento retrovesical, tumefacción, a través de mucosa rectal sana. El colon por enema muestra sigmoide con divertículo y lesión en el relieve mucoso intestinal con el aspecto de lesión orgánica intestinal. Laparatomía exploradora, realizándose:

Colectomía sigmoidocolónica operación tipo Hartmann. Fistulización sigmoidevesical por neoplasma sigmoide extendido a vejiga coincidiendo con presencia de divertículos.

La anatomía patológica confirma que se trata de una malformación vegetante, infiltrante y ulcerada que llega a la serosa, además al corte se observan numerosos divertículos. Carcinoma glanduliforme en parte papilífero y mucoscretante infiltrando hasta la serosa inclusive.

El p.o. inmediato fue sin incidencias.

70 a. ♂.— Consulta por disuria, neumatúria y fecaluria. Estado febril. Varias semanas de dolores en bajo vientre. No relata alteraciones del tránsito intestinal. La Cistoscopia: cistitis congestiva con alteración de la mucosa alta izq. El colon por enema muestra E.D.C. sigmoidea.

Primera operación. Resección sigmoidea y colostomía transversa derecha.

Segunda operación. Cierre de colostomía. La anatomía patológica muestra E.D.C. con diverticulitis y peridiverticulitis. Microabsceso perisigmoide yuxta diverticular.

Recuperación.

66 a. ♂.— Consultó en Policlínica por dolor miccional. Orinas claras. Su estudio no mostró nada definitivo. Consulta nuevamente porque sus orinas se han hecho turbias y presenta neumatúria y fecaluria. En sus antecedentes, episodios dolorosos de abdomen bajo. Flatulencia. El colon por enema muestra sigmoiditis diverticular. La cistoscopia, congestión y un sector edematoso en la parte superior izquierda.

Primera operación. Colostomía.

Segunda operación. Resección.

Tercera operación. Cierre de colostomía.

El estudio anatomopatológico confirma E.D.C.; engrosamiento parietal sobre todo muscular; edema subseroso con esclerolipomatosis. Proceso inflamatorio crónico yuxtadiverticular.

Recuperación.

67 a. ♂.— Paciente con sigmoiditis diverticular; tratado desde hace varios años. Hace un año, episodio de tipo suboclusivo con pérdida hemática por el ano. Importante adelgazamiento. Consulta por neumatúria y fecaluria. Al tacto rectal, hasta donde llega el dedo, nada patológico. La rectosigmoidoscopia muestra pliegues engrosados y un pequeño brote vegetante a 18 cms. del margen anal. La biopsia muestra infiltración carcinomatosa de células muy atípicas. Cistoscopia. Vejiga congestiva. Restos fecales, no comprobando lesión intrínseca vesical.

Primera operación. Colostomía.

Segunda operación. Hartmann, realizándose colectomía izquierda más cistectomía parcial.

La anatomía patológica confirma la existencia del trayecto fistuloso en el sigmoide a 6 cm. del cabo distal, con luz anfractuosa y que corresponde a un neoplasma de sigmoide ulcerado y fistulizado. En el fragmento vesical se observa también el trayecto fistuloso. La pared del intestino muestra además divertículos. Tejido fibroso con infiltración inflamatoria crónica, con reacción granulomatosa de cuerpo extraño, existiendo áreas de infiltración carcinomatosa. Corresponde a un carcinoma glanduliforme, infiltrando en profundidad todas las capas. Hay además ganglios linfáticos con metástasis.

Evolución inmediata, primeros 3 meses sin incidencias.

RESUMEN

Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de la fistula colovesical resultante de la complicación de la E.D. del Colon (sigmoideo). Es una serie de 10 casos tratados quirúrgicamente sin mortalidad ni morbilidad importante. Corresponde al estudio de un conjunto de 230 casos de colopatía diverticular (3%) y 4 casos fuera del hospital. Las edades límites fueron entre 37-72 años. Ocho en hombres y 2 en mujeres. La táctica quirúrgica requiere la resección del sector colónico involucrado con E.D.C. sigmoidea complicada, incluyendo la fistula, con excisión del sector vesical fistulizado cuando él existe. Es aconsejable la adición de una colostomía transversa derecha previa o concomitante (cirugía escalonada). Aconsejamos la colocación de una sonda de Folley para el manejo operatorio y aun el postoperatorio.

RÉSUMÉ

L'auteur présente ses observations dans le traitement chirurgical de la fistule colo-vésicale qui résulte de la complication de la maladie diverticulaire du colon (sigmoïde). Il s'agit d'une série de 10 cas traités chirurgicalement sans mortalité ni morbidité importantes, extraits d'un ensemble de 230 cas de colopathie diverticulaire (3%), dont 4 cas traités hors de l'hôpital. L'âge des patients varie entre 42 et 79 ans, il y a 8 hommes et 2 femmes. La technique chirurgicale consiste à réséquer le secteur du colon atteint par la maladie diverticulaire, sigmoïde, avec complications, y compris la fistule, en procédant à une excision du secteur vésical fistuleux lorsque celui-ci existe. En plus, une colostomie transversale droite, préalable ou concomitante (chirurgie échelonnée) est recommandée. L'auteur conseille qu'une sonde de Folley soit placée pour la conduite opératoire et même pour le traitement post-opératoire.

SUMMARY

Our experience in the surgical treatment of colovesical fistulas resulting from complications of colonic (sigmoidal) diverticular disease comprises a series of 10 operated cases in which death-rate and morbidity were negligible. Their incidence is 3% out of a case material comprising 230 cases of diverticular colopathy plus 4 non-hospital cases. Ages were between 42 and 79; 8 were male and 2 female. Surgical tactics require resection of the colonic sector with complicated sigmoidal colonic diverticular disease, including the fistula, with abscission of the fistulized vesical sector whenever such is the case. The addition of prior or concomitant right transverse colostomy (stepped surgery) is advisable. We favour insertion of Folley's catheter for operatory and even post-operatory management.

BIBLIOGRAFIA

1. ASINER, B. "Diverticulitis colónica y sus complicaciones". Estudio clínico y orientación terapéutica. *El Día Médico Uruguayo*, 24: 285, 1957. — "Indicaciones quirúrgicas en las diverticulitis colónicas". II Congreso Latinoamericano de Proctología. III Congreso Internacional de Proctología. I Congreso Uruguayo de Proctología: 139, 1963.
2. BARNES, H. "Intest. Vesic. Fistulae". *J.A.M.A.*, 133: 457, 1947.
3. BONAVITA PAEZ, L. "Las complicaciones urológicas de la diverticulitis sigmoidea". II Congreso Latinoamericano de Proctología. Vol. I: 59, 1963.
4. BONNECARRERE, E. y BISCH DEL MARCO, L. M. "Fístula sigmoidevesical". *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 30: 220, 1959.
5. COLCOCK, B., SASS, R. E. "Surgical management of complicated diverticulitis". *New England Journal Medicine*, 259: 570, 1958.
6. LOCKHART, J., MIQUEO, M., CARRERAS, I. y MEROLA, A. "Fístulas sigmoidevesicales". *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 29: 402, 1958.
7. MAYO, C. W. y BLUNT, C. P. "Vesico-sigmoidal fistulae complicating diverticulitis". *Sur. Gin. Obst.* 91: 612, 1950.
8. Mc SHERRY, Ch. and BEARL, S. M. "Sigmoidevesical fist. complic. diverticulitis". *Arch. Surg.*, 85: 1.024, 1959.
9. PUGH, J. I. "On the pathology and behaviour of acquire no traumatic vesico-intestinal fistulae". *Brit. Jour. Surg.*, 51: 644, 1964.
10. WILLIAMS, R. J. Vesico-intestinal fistulas. *Brit. Journ. Surg.*, 42: 179, 1954.

DISCUSION

DR. SUIFFET.— Estoy de acuerdo con el Dr. Lockhart a la importancia del tema tratado y al contenido del trabajo presentado. El Dr. Asiner ha hecho una exposición sobre este problema. Concordamos en términos generales en todos sus puntos de vista. Simplemente queríamos referirnos a algunos elementos particulares que él ya los mencionó, y a nuestra modesta experiencia en este problema.

Nosotros hemos tratado cuatro casos de fístulas sigmoidevesicales de origen diverticular. Lo que es interesante es que todos ellos han sido pacientes extrahospitalarios. Será por circunstancias particulares; lo cierto es que nosotros no hemos visto en 35 años en el hospital, enfermos con fístulas sigmoidevesicales.

En lo que respecta a la patología estamos de acuerdo en el mecanismo de producción de esta lesión, y lo que es interesante, que muy frecuentemente los pacientes que tienen esta complicación tienen muy pocas manifestaciones de la enfermedad diverticular en el colon. De los 4 pacientes que nosotros hemos estudiado, 3 de ellos fueron a consultar a distinguidos urólogos por tener neumatúria y fecaluria. La neumatúria era el elemento predominante, teniendo muy pocas manifestaciones clínicas de la fistulización que ya estaba perfectamente establecida. Solamente uno de ellos consultó a un gastroenterólogo, porque tenía algunos trastornos en el tránsito intestinal. Aun reinterrogados los pacientes, pudo obtenerse muy pocos elementos que hablaran de la evolutividad de la enfermedad que había provocado la complicación.

El segundo punto es que de los 4 pacientes que nosotros atendimos, 2 de ellos tuvieron una evolución favorable espontáneamente, con cierre de la fistulización diverticulovesical. De esos 2, uno fue operado igual a pesar de haber mejorado y curado clínicamente y el otro siguió perfectamente bien hasta ahora sin tener ninguna molestia. No ha sido operado porque el enfermo se considera bien, y no porque nosotros no lo hayamos indicado. Creemos que frente a esta complicación el enfermo debe ser tratado porque está potencialmente sujeto a un nuevo empuje de la enfermedad, con esta manifestación o con otras.

Los pacientes que nosotros hemos estudiado, todos fueron estudiados en la misma forma que dijo el Dr. Asiner. En ninguno de ellos se vio la comunicación, pero sí por la citoscopia, vio la zona donde estaba situada la fistulización.

Un punto realmente candente y en controversia permanente, es la táctica quirúrgica en lo que respecta a la intervención en un solo acto quirúrgico o a intervenciones escalonadas. Los pacientes que nosotros operamos todas fueron hechas con colostomía transversa previa, por diversos motivos en la indicación operatoria, tal cual lo expresó el Dr. Lockhart. Es posible que casos seleccionados puedan ser tratados en un solo tiempo, pero la verdad es que la selección no sólo es clínica y radiológica y de laboratorio, sino que es táctica en el momento de la intervención.

Es un problema que debe ser debatido y en la literatura que nosotros consultamos el mes pasado, con motivo del curso que realizamos con el Dr. Muñoz Monteavaro, hay cierta tendencia a considerar muy conveniente la derivación previa, en un lapso breve antes de la exéresis.

El problema táctico con la lesión debe ser abordado por cirujano y urólogo, salvo que el cirujano o el urólogo tengan una competencia en el otro sector por razones particulares. Pero de ninguna manera puede ser esta cirugía librada a quien no domina uno de estos dos elementos. Si bien es una cirugía que se dirige sobre el sector que inició la enfermedad, la complicación urológica merece, en algunas oportunidades, una experiencia para manejarse con ella con conocimiento. Todos los casos se han solucionado en forma muy sencilla, desprendida la adherencia sigmoidevesical; dos puntos extramucosos en la vejiga y una sonda permanente. Pero puede haber otras dificultades técnicas, de tal manera que no debe hacerse esta cirugía, sin la concordancia de dos especializados en la materia en esa patología.

La otra cosa muy importante es la táctica a seguir con el sigmoide. La enfermedad diverticular del sigmoide debe ser tratada como se trata ella, fuera de toda complicación.

La exéresis del sigmoide con el sector de hipertonia muscular, es fundamentalmente el punto básico de la terapéutica y debe ser resecada, aunque queden divertículos por encima.

Uno de los puntos muy importantes a tener en cuenta son las dificultades que puede crear la fibrosis retroperitoneal, que la hemos observado en un caso muy intensa, y las dificultades en la individualización del uréter, que si bien no participa en la fistulización, puede participar en la esclerosis que se observa secundaria al proceso inflamatorio.

Hemos observado un caso donde aun con un catéter colocado, en el uréter izquierdo, no se tocaba en la palpación, dada la esclerosis que había en el retroperitoneo.

No tenemos experiencia ninguna y en la literatura constan los trabajos de Reilly, sobre la separación de la vejiga y el sigmoide, el cierre de la fistulización y la miotomía extramucosacolónica.

No sé si el Dr. Asiner tiene experiencia. En la literatura figuran algunos trabajos con esas tácticas quirúrgicas, que nosotros realmente no hemos practicado y no conocemos en nuestro medio.

DR. VALLS.—Yo quiero felicitar a los comunicantes por la presentación de este trabajo y lo único que quería decir era llamar la atención sobre el tratamiento de esta afección del punto de vista diverticular.

En este sector el colon es el enfermo, el que tiene una hipertonia muscular, y que fue por ese motivo también que Chifflet lo llamaba colopatía diverticular, y que para curarse lo fundamental consiste en la resección de ese sector de colon. Pero para resecar sectores de colon en diverticulitis, yo le tengo más miedo a las resecciones en colon con divertículos que en colon neoplásicos porque falla muy a menudo la sutura.

Es por eso que siempre nosotros hacemos la colostomía previa. Nosotros hemos operado también un enfermo con fistula, una fistula sigmoideovesical, y fue por coincidencia particular, una persona muy añosa y le hicimos una colostomía previa y evolucionó perfectamente bien.

Del punto de vista del neoplasma nosotros tuvimos una enferma que no tenía fistula y el neoplasma estaba penetrado en el domo de la vejiga, que agrava enormemente el pronóstico porque el neoplasma se exteriorizó y ha invadido el peritoneo, el neoplasma que invade el peritoneo es un pronóstico mucho más grave.

En cuanto a la extirpación, uno procede a hacer la extirpación del sigmoide como si fuera un colon neoplásico, pero no así de la vejiga, como destacaba el Prof. Del Campo, porque no significa que uno vaya a hacer una cistectomía con extirpación de adenopatías. Se hace la extirpación de la zona que ha sido invadida de la vejiga y se hace la sutura después, eso claro que se requiere hacer siempre en compañía de un urólogo.

Bueno, felicito de nuevo a los dos autores.

DR. ARMAND UGÓN.—Como una contribución a la excelente comunicación que acaba de hacer el Dr. Asiner, quiero relatarle un caso que creo que sea muy raro en la clínica de esta afección.

Se trata de un enfermo que me fue enviado porque expulsaba por la micción, anillos y fragmentos de tenia solitaria que pasaban a vejiga por una fistula sigmoidea.

DR. ASINER. (Cierra la discusión).—Agradezco la atención prestada a nuestro trabajo que reúne nuestra experiencia personal, e incluye los 3 casos del Hospital. Ya habíamos escuchado al Dr. Lockhart en el Curso organizado por el Prof. Suiffet sobre la Enfermedad

Diverticular del Colon, su disertación sobre las fistulas sigmoidocolónicas. De él aprendimos mucho, lo que aprovechamos para agradecerle. Mostró un caso de fistula donde el catéter transvesical, por la fistula, obtuvo la visualización contrastada del colon y de la vejiga, logrando el diagnóstico de certeza. A este respecto digamos que en el 50 % de las veces, estadísticamente, el orificio y la fistula no se ven. En muchos de nuestros casos, en la cistografía realizada por urólogo, de experiencia, no la pudo visualizar. Creemos que en eso está de acuerdo también el Dr. Lockhart. En cuanto a la realización de la colostomía digamos que en todos los casos en que intervinimos la hicimos. En otros pacientes que vinieron a nuestra asistencia, ya habían sido intervenidos, con la colostomía previa. Creemos que ella puede ser coincidente con la intervención, de exploración. En un caso en el cual se trataba de un enfermo senil —79 años— y al que se le había hecho una colostomía transversa derecha (estando bien el enfermo, sin cuadro febril, con orinas limpias), y ya habiendo desaparecido la neumaturia y cedido el sufrimiento colónico, le fue aconsejado su cierre. El paciente reiteró sus sufrimientos y obligó a la resección del sector afectado de Enfermedad Diverticular Colónica.

En lo que el Prof. Suiffet señala, referente a la escasez de manifestaciones intestinales en muchos de estos enfermos, ello es de tener en cuenta siempre. La mayoría de los enfermos vienen por los trastornos urinarios, más que el sufrimiento colointestinal por la Enfermedad Diverticular Colónica. En nuestra casuística tenemos un caso en que el enfermo fue interpretado como portador de un neoplasma de próstata extendido a la pelvis (Ex. T.R.) e inclusive se le indicó tratamiento radioterápico. El colon por enema pudo rectificar el error.

En lo que respecta al carcinoma colónico y su diferenciación de la enfermedad diverticular como causales de las complicaciones que estamos tratando —fistulización sigmoideovesical— pueden existir circunstancias de difícil determinación, sobre todo cuando no hay evidencia de lesión carcinomatosa extrafocal; no metástasis hepática o adenopatías neoplásicas. Es posible que previamente la radiología no haya sido definitiva. En esa circunstancia hemos aprendido con el Prof. Chifflet la importancia de la colotomía exploradora visual o digital. Cuando se trata de la enfermedad diverticular colónica, muestra que la mucosa está indemne. Es un recurso a tener en cuenta. En cuanto a la exéresis del sigmoide, en todos los casos fue realizada, no así del sector vesical involucrado, cuando por inyección de contralor transuretral de la vejiga no comprobamos pérdida del líquido. En cuanto a la operación de colomiotoma extramucosa de Reilly, no creemos que tenga indicación en esta circunstancia de complicación, donde el sigmoide está distorsionado, afectado por un proceso donde la esclerosis y lipomatosis y aún el proceso séptico "evolucionando", la hacen difícil (proceso pericolónico muy intenso).

En cuanto a lo que señala el Dr. Valls estamos de acuerdo con él. Trabajamos junto a él y sabemos que participa de la indicación de cirugía "escalonada", como táctica en esta complicación de la Colopatía Diverticular.

Agradecemos también al Prof. Armand Ugón la historia clínica que nos relató, donde observó "teniuria" en un paciente que tenía una fistula sigmoideovesical y estaba parasitado de teniasis.