

Fístulas enterovesicales adquiridas

Dres.: Carlos Barberousse; Pablo Santiago; Pablo Rodríguez*

Clínica Quirúrgica 2 (Director Prof. Dr. L. Carriquiry. Hospital Maciel. Montevideo. Uruguay)

Resumen

Se analiza una serie de 12 pacientes portadores de fístulas enterovesicales adquiridas en un período comprendido entre 1990 y 2002.

Se consideran aspectos etiológicos, de la presentación clínica y paraclínica, y de las conductas terapéuticas confrontando los mismos con series similares tanto nacionales como internacionales.

Las etiologías comprendieron fístulas colovesicales de origen diverticular (seis casos), ileovesicales secundarias a enfermedad de Crohn (tres casos), rectovesicales de origen rádico (un caso) y rectovesicales e ileovesicales iatrogénicas (dos casos).

Se evaluó tanto la sintomatología específica de la fístula como la del cuadro etiológico de fondo responsable de la misma.

Se analizaron los estudios paraclínicos solicitados resaltando el rol primordial de la TAC para la certificación diagnóstica.

Finalmente se analizan aspectos terapéuticos y evolutivos. En todos los casos se realizó tratamiento quirúrgico. La táctica empleada fue variable dependiendo del tipo de fístula y su etiología. El procedimiento predominante (75%) fue la cirugía resectiva con anastomosis primaria (Cirugía en un tiempo) y reparación vesical. En los restantes casos se realizó colostomía sin resección (16%) y resección sin anastomosis (8%).

No hubo mortalidad quirúrgica en la serie y en cuanto a la evolución fue favorable en todos los casos, con mejores resultados funcionales en los casos en que se realizó resección y anastomosis.

Se concluye que esta patología es de baja incidencia. Las etiología y su frecuencia relativa son concordantes con las publicadas. Se destaca la ausencia de fístulas de origen neoplásico en la serie. El tratamiento quirúrgico es efectivo y se recomienda de ser posible la cirugía en un tiempo dados sus mejores resultados funcionales.

Palabras clave:

Fístula intestinal

Abstract

12 patients with acquired enterovesical fistulas during a period between 1990 and 2002 were re-

Presentado como tema libre en el 54° Congreso Uruguayo de Cirugía. Colonia, 26 - 29 de noviembre de 2004.

* Asistentes de Clínica Quirúrgica

Correspondencia: Simón Bolívar 1359/801

e-mail: carbarbe@netgate.com.uy

viewed., considering etiological aspects, clinical presentation, paraclinical examinations and surgical treatment and comparing them with those in similar published series.

Etiology includes diverticular disease (six cases), Crohn's disease (three cases), radiation injury (one case) and surgical or instrumental iatrogenia (two cases).

Specific symptoms and the clinical presentation were related to the causal disease.

Paraclinical examinations were analysed. The importance of computerized abdominal tomography is emphatically stressed.

Finally, treatment and outcomes were considered. In all cases surgery was performed. The most common procedure (75%) was intestinal resection with primary anastomosis (one-stage resection) and vesical repair. Other procedures were colostomy without resection (16%) and resection without anastomosis (8%).

No mortality was registered and the outcome was favourable in all cases. The functional results were better in one-stage resection cases.

We concluded that enterovesical fistula is a rare disease. Etiology and relative frequency is similar to those in other published series with the only difference that no neoplastic fistulas were found.. Surgical treatment is effective and one stage resection and anastomosis is recommended if possible because the better functional outcome.

Key words:

Intestinal fistula

Introducción

Las fístulas enterovesicales implican una comunicación patológica del tracto digestivo con la vejiga. La causa etiológica que las condiciona generalmente es de origen digestivo siendo un sector de la vejiga involucrado por el proceso inflamatorio o neoplásico en forma secundaria.

La literatura es coincidente en referir a la enfermedad diverticular colónica como la primera causa etiológica. Le siguen en frecuencia la enfermedad de Crohn, el cáncer colorrectal, las complicaciones de la radioterapia y el traumatismo generalmente quirúrgico iatrogénico.^{(1, 2, 3).}

Existen múltiples publicaciones internacionales que citan el tema⁽⁴⁾. Tabla 1. En todas ellas son coincidentes dos aspectos, el orden de frecuencia de las causas etiológicas que presentan pocas variaciones entre las mismas y el relativo bajo número de casos de las series. En nuestro medio ya en 1958, J. Lockhart y col. publican una serie de ocho casos de fístulas intestino-vesicales donde se analiza la clínica, el diagnóstico y aspectos terapéuticos de las mismas.⁽⁵⁾

La clínica de las fístulas es independiente de su etiología en la mayoría de los casos. Los síntomas urinarios dominan el cuadro. Fecaluria y neuromaturia son elementos patognomónicos pero no están siempre presentes (50% de los casos aproximadamente). Las alteraciones del tránsito digestivo son inespecíficas.

El examen físico generalmente no ofrece particularidades.

Se destacan de la paraclínica los estudios contrastados tanto del tubo digestivo (colon por enema) como del aparato urinario (uretrocistografía). Estos procedimientos demuestran la patología intestinal de base en un número importante de casos pero la sensibilidad para la detección de la fístula oscila entre el 30% y 60% según diferentes series⁽⁶⁾. La cistoscopia sugiere la presencia de la comunicación patológica en la mayoría de los pacientes.

Estudios actuales confirman a la TAC como un estudio de primera línea en el diagnóstico de fístulas enterovesicales y que debe ser tenido en cuenta para la evaluación inicial de enfermos con sospecha de esta afección⁽⁷⁾. Los signos tomográficos característicos son la presencia de aire a nivel vesical, y el proceso tumoral inflamatorio o neoplásico que relaciona un sector del tubo diges-

Tabla 1. Obtenida de Keighley MRB y Williams NF. Surgery of the Anus, Rectum and Colon. W.B.Saunders. Londres 1993. Intestinal fistulas.p.2054

Etiología de Fístulas Enterovesicales (series internacionales)								
Causa	Serie	Williams (1954)	Shatila and Ackerman (1976)	Morrison and Addison (1983)	Kovalcik et al (1976)	King et al (1982)	McConnell et al (1980)	Moss et al (1990)
Enf Diverticular		23	22	21	30	40	20	20
Neoplasias		54	5	5	8	27	10	
colorectal			(3)		(5)	(5)		8
vejiga			(2)		(2)	(5)		
útero			(0)		(1)	(9)		2
próstata			(0)		(0)	(8)		4
Enf de Cronh		8	1	2	8	26	2	9
Iatrogénicas Postoperatorias		22	1	1	2	0	5	
Otras		11	0	0	1	0	0	7
Rádicas		(incluidas en malignas)	0	1	6	(incluidas en malignas)	(incluidas en malignas)	

tivo con la vejiga. La RMN es sugerida por algunos autores⁽⁸⁾.

El tratamiento en todos los casos debe ser quirúrgico. El procedimiento depende de la etiología. Existe consenso en indicar cirugía intestinal en un tiempo, resecaando el sector patológico del intestino con reconstrucción primaria del tránsito. El cierre de la brecha vesical completa el procedimiento. Este tratamiento integral de la causa etiológica y la complicación fistulosa en un tiempo, mejoró sustancialmente los resultados históricos de la cirugía en dos y hasta tres tiempos planteada en el pasado⁽⁹⁾.

Pacientes y métodos

Se revisaron en forma retrospectiva las historias clínicas de 12 pacientes tratados por fístulas enterovesicales adquiridas en un período comprendido entre 1990 y 2002. Los mismos proceden de tres centros asistenciales, dos privados (CASMU

y Asociación Española) y uno público (Hospital Maciel).

La edad promedio fue de 63.9 años con un rango de 28 a 83 años. Cuatro de ellos fueron de sexo masculino y ocho de sexo femenino.

En cuanto a las etiologías la causa más frecuente fue la enfermedad diverticular (seis pacientes), seguida de la enfermedad de Crohn (tres pacientes), iatrogénicas (dos pacientes) y rásicas (un paciente). El tipo de fístula más frecuente fue la colovesical (seis casos, todos de origen diverticular), seguido de la ileovesical (cuatro casos, tres secundarias a Crohn y una iatrogénica) y la rectovesical (dos casos, una postrásica y una iatrogénica). Tabla 2.

Las formas de presentación clínica fueron la fecaluria (58%), neumatúria (50%), infección urinaria recurrente (33%) y dolor abdominal (25%). En varios casos la fístula surgió como hallazgo imagenológico (25%).

Tabla 2. Distribución según sexo, edad, tipo de Fístula y etiología.

PACIENTES	SEXO	EDAD	Tipo de Fístula	Etiología
Caso 1 D.P	F	80	Colovesical	EDC
Caso 2 M.R	F	72	Colovesical	EDC
Caso 3 E.R	F	70	Colovesical	EDC
Caso 4 L.G	M	75	Colovesical	EDC
Caso 5 P.S	F	58	Colovesical	EDC
Caso 6 Y.D.S	F	77	Colovesical	EDC
Caso 7 C.F	F	25	Ileovesical	Crohn
Caso 8 L.C	M	47	Ileovesical	Crohn
Caso 9 C.R	M	28	Ileovesical	Crohn
Caso 10 G.U	M	75	Rectovesical	Rádica
Caso 11 S.F	M	73	Rectovesical	Iatrogénica postquirúrgica RAR
Caso 12 J.R	F	83	Ileovesical	Iatrogénica post

EDC: enfermedad diverticular colónica

SÍNTOMAS	Nº pacientes.(%)
Fecaluria	7 (58%)
Neumaturia	6 (50%)
Inf Urinaria Recurrente	4 (33%)
Dolor Abdominal	3 (25%)

El tiempo transcurrido entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico fue variable, desde el diagnóstico inmediato en el caso de las dos fístulas iatrogénicas (postoperatorias) hasta una máxima de 24 meses. La media fue de 3 meses.

Los estudios paraclínicos realizados con fines diagnósticos también fueron variables: Colon por enema (Fig. 4), cistoscopia, cistografía (Fig. 2 y Fig. 3), urocultivos, TAC. En todos los casos el diagnóstico surgió en forma clara al realizarse la TAC abdominopélvica⁽¹⁰⁾. El elemento diagnóstico clave fue la presencia de aire en la vejiga. (Fig. 1 y Fig. 5). La cistoscopia fue también muy útil en algunos casos mostrando signos indirectos de la

fístula como el clásico proceso inflamatorio con edema buloso en el sector pósterosuperior de la misma.

El tratamiento fue quirúrgico en todos los casos. Once pacientes fueron operados de coordinación y el restante lo fue de urgencia por la presencia de elementos oclusivos intestinales. Estuvo presente un urólogo durante la operación en los casos de fístulas recto vesicales (dos casos, 16%).

En los pacientes con enfermedad diverticular el procedimiento fue la sigmoidectomía en cinco casos (83%). En el restante sólo se realizó una colostomía de detransitación dado que se trataba de un paciente inmunodeprimido con un muy mal estado general. De los cinco resecaos en cuatro se realizó una anastomosis colocolica (80%) y en el quinto se realizó una operación de Hartmann, siendo éste el paciente operado de urgencia, con un colon mal preparado. Con respecto al polo urinario en todos los casos se cerró el orificio vesical y se dejó una sonda. En los pacientes con fístulas

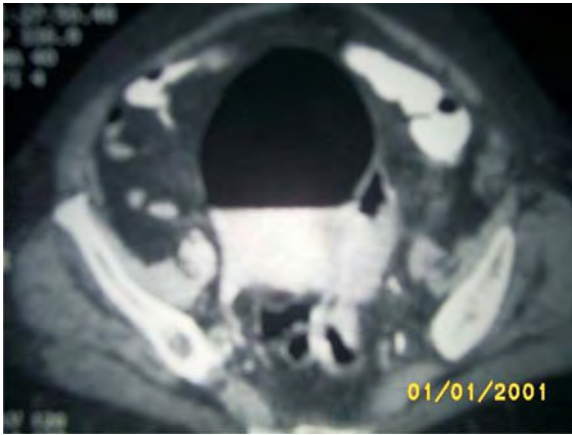


Figura 1: TAC abdómino-pélvica. Caso 5. P.S. 58 a. Fístula colo-vesical secundaria a EDC. Se aprecia claramente aire a nivel vesical y sector intestinal adherido a vejiga.

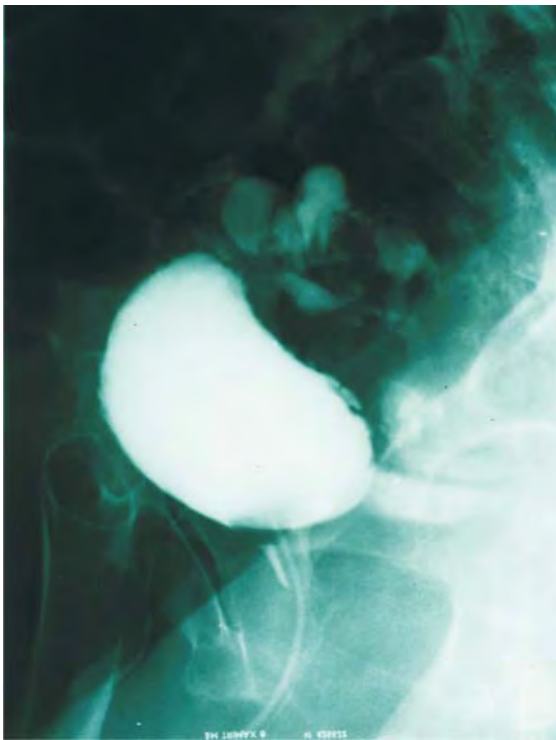


Figura 2: Cistografía retrógrada. Caso 1: D.P. 80 a. Fístula colo-vesical secundaria a EDC. Se aprecia llenado vesical con contraste y pasaje del mismo al sector colónico adherido al techo de la vejiga

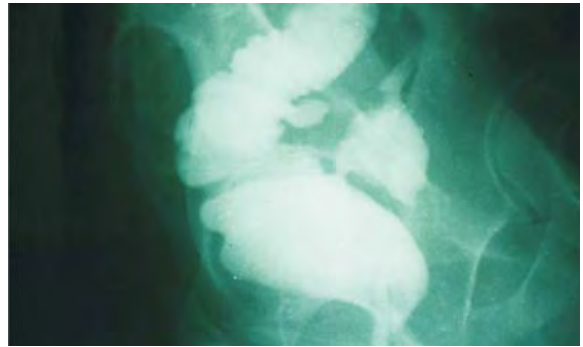


Figura 3: Cistografía retrógrada. Caso 1. D.P. 80 a. Fístula colo-vesical secundaria a EDC. Pasaje de contraste desde vejiga a colon.



Figura 4: Colon por enema. Caso 3. E.R. 70 a. Fístula colo-vesical secundaria a EDC. Se aprecia colon sigmoideas con múltiples divertículos y fuga de contraste que rellena parcialmente vejiga.

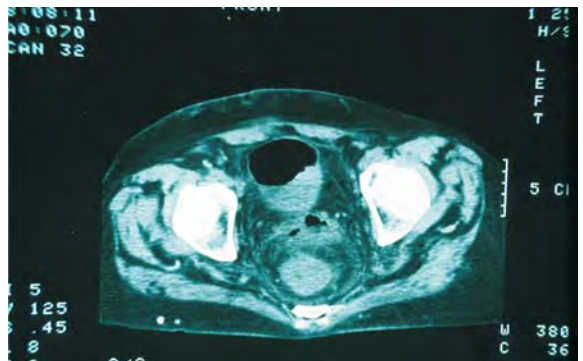


Figura 5: TAC abdómino-pelvíca. Caso 1. D.P. 80 a. Fístula colo-vesical secundaria a EDC. Se aprecia aire a nivel vesical.

ileovesicales secundarias a enfermedad de Crohn el procedimiento fue siempre el mismo: Desmontaje de la fístula, resección ileal con anastomosis

ileoileal y cierre del orificio vesical. En un caso la resección incluyó también al ciego realizándose una anastomosis ileoascendente. En el paciente

portador de fístula rectovesical postrálica dada el importante proceso adherencial y la fragilidad del intestino se optó por realizar una colostomía ilíaca y un implante de los uréteres en el colon transversal. En los casos de fístula iatrogénica, en la rectovesical (postoperatorio de resección anterior de recto con sutura manual) se realizó una re-resección rectal y anastomosis coloanal más el cierre del orificio vesical. En la fístula ileovesical (postoperatorio de Resección transuretral de neo de vejiga) se realizó resección ileal con anastomosis ileoileal y cierre del orificio vesical.

La evolución final fue favorable en todos los casos no presentando mortalidad en la serie. Dos pacientes presentaron complicaciones mayores: uno presentó un absceso intraabdominal residual, presumiblemente por fuga anastomótica que luego evolucionó favorablemente con un manejo conservador; el otro presentó una falla de sutura de la anastomosis ileoileal, requiriendo una reintervención para exteriorización de cabos. Posteriormente se le reconstruyó el tránsito y la evolución fue buena. Las complicaciones restantes fueron menores destacándose la supuración parietal (33%). La evolución alejada fue medida hasta el año de la cirugía.

Resultados

El análisis de la serie según las edades permite identificar dos grupos: por un lado el de los pacientes con enfermedad de Crohn con un rango de entre 25 y 47 años y una edad promedio de 33.3 años; y por el otro el resto de los pacientes con un rango de entre 62 y 83 años y un promedio de 67.2 años.

La sintomatología de presentación fue variada siendo los únicos síntomas patognomónicos la neumaturia y la fecaluria. Excepto en los casos de fístulas iatrogénicas que se detectaron en el postoperatorio, en el resto la constante fue el retraso diagnóstico (media de tres meses).

Con respecto a los estudios paraclínicos no hubo una sistemática diagnóstica solicitándose en algunos casos hasta tres estudios diagnósticos (cistoscopia, colon por enema y TAC). El de mayor utilidad fue siempre la TAC.

En cuanto al tratamiento se destaca que todos los pacientes recibieron tratamiento quirúrgico pese al mal estado general de alguno de ellos. La táctica empleada, si bien dependió en última instancia del tipo de fístula y su etiología, mostró una clara tendencia a la cirugía en un tiempo. Tabla 3. Los casos en que no se optó por esta conducta, ya sea porque no se realizó resección intestinal o anastomosis primaria, respondieron a causas intraabdominales (proceso adherencial intenso, cuadro suboclusivo) o generales (deterioro importante, inmunodepresión) que no lo permitieron. El resultado final fue siempre favorable, presentando complicaciones mayores en dos casos (16.6%), en uno de ellos requiriendo una reintervención. El seguimiento en algunos casos no fue prolongado por su ocurrencia reciente.

Discusión

La primera observación es que se trata de una serie pequeña. Esto coincide con los trabajos publicados, tanto nacionales como internacionales, que presentan series de pocos pacientes en períodos largos de tiempo^(8, 11). Esto estaría indicando que se trata de una enfermedad de baja prevalencia. Por tratarse de una serie chica no pueden obtenerse conclusiones que sean extrapolables, excepto para los casos en que sigan las tendencias reflejadas en la bibliografía.

La prevalencia de las distintas etiologías es coincidente con todo lo publicado, siendo la causa más frecuente la fístula colovesical de origen diverticular. Esto quizás esté aun más acentuado en nuestro medio por la distribución etaria de nuestra población y la alta incidencia de esta enfermedad colónica benigna. Le siguen en frecuencia las fístulas ileovesicales secundarias a enfermedad de

Tabla 3. Distribución según procedimiento quirúrgico y resultado

Pacientes	TACTICA	RESULTADO
Caso 1. D.P. 80 a.	Sigmoidectomía con anastomosis primaria. Cierre de brecha vesical	Buena evolución
Caso 2. M.R. 72 a.	Sigmoidectomía con anastomosis primaria. Cierre de brecha vesical.	Buena evolución
Caso 3. E.R. 70 a.	Sigmoidectomía con anastomosis primaria. Cierre de brecha vesical,	Buena evolución.
Caso 4. L.G. 75 a.	Colostomía Iliaca.	Resolución de los síntomas.
Caso 5. P.S. 58 a.	Sigmoidectomía con anastomosis primaria. Cierre de brecha vesical.	Buena evolución
Caso 6 Y.D.S. 77 a.	Sigmoidectomía. Operación de Hartmann. Cierre de brecha vesical.	Buena evolución. Actualmente continúa con colostomía
Caso 7 C.F. 25 a.	Resección ileocecal. Íleo-ascendente anastomosis. Cierre de brecha vesical.	Buena evolución
Caso 8 L.C. 47 a.	Resección ileocecal. Íleo-ascendente anastomosis. Cierre de brecha vesical.	Falla de sutura: ileostomía. Reconstrucción del tránsito posterior. Buena evolución.
Caso 9. C.R. 28 a.	Resección ileal. Cierre de brecha vesical.	Buena evolución
Caso 10. G.U. 75 a.	Colostomía iliaca e implantación de uréteres en colon transverso.	Resolución de los síntomas.
Caso 11. S.F. 77 a.	Re-resección de recto con descenso colónico y anastomosis coloanal. Cierre de brecha vesical	Buena evolución.
Caso 12. J.R. 83 a.	Resección ileal y anastomosis. Cierre de brecha vesical.	Buena evolución.

Crohn, siendo la otra gran causa responsable de esta patología. Se destaca que no se observó ningún caso de fístula secundaria a cáncer colorrectal, como sí sucede en la mayoría de las otras series.

Con respecto a las edades de presentación se ha resaltado la distribución bimodal, con un pico en los 30 años, correspondiente a la edad promedio de presentación de la enfermedad de Crohn, y otro alrededor de los 70 años, edad de aparición de las otras etiologías responsables de las fístulas. Esto también está de acuerdo con las series analizadas.

De la presentación clínica debemos destacar que excepto en los casos de fístulas post-

operatorias, diagnosticadas dentro del período de internación, en los restantes casos se produjo siempre un cierto retraso diagnóstico. El período entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico fue variable, con una media de 3 meses, llegando en algún caso hasta los dos años. Esto posiblemente se explique por la ausencia de síntomas específicos en muchos casos. Los síntomas de mayor valor diagnóstico, en general patognomónicos, fueron la fecaluria y la neumaturia. Cuando estuvieron presentes fueron siempre diagnósticos. Una forma muy frecuente de presentación es la infección urinaria recurrente, la cual en general no despierta la sospecha de una fístula enterovesical.

De los estudios paraclínicos destacamos la ausencia de una sistemática diagnóstica, solicitándose los mismos en forma variable. Sin embargo la TAC abdominal fue solicitada siempre (100%). Otros estudios realizados fueron la Cistoscopia (41%), el Colon por enema (33%), realizado éste en los casos de colopatía diverticular, la RMN (8%) y la Cistografía (8%).

Estudio Paraclínico	Nº Pacientes (%)
TAC abdomen	12(100%)
Cistoscopia	5 (41%)
colon por enema	4 (33%)
RMN	1 (8%)
Cistografía	1 (8%)

En los casos en que se sospechaba una infección urinaria se realizaron los estudios correspondientes (urocultivo, examen de orina). En todos los casos la TAC fue el estudio de mayor valor diagnóstico. Como elemento característico se destaca la presencia de aire dentro de la vejiga. Surge de ello la necesidad de su realización siempre que se sospeche la presencia de una fístula enterovesical. De los otros estudios tendría cierto lugar la Cistoscopia con sus hallazgos en general indirectos (área inflamatoria, edema buloso)⁽¹²⁾. Otros estudios pueden solicitarse como forma de valoración de la enfermedad de base.

En cuanto al tratamiento surge claramente del análisis de la literatura que estamos ante una patología de clara indicación quirúrgica^(13, 14). De no resolverse los enfermos de esta forma, su evolución es a las complicaciones infecciosas, en especial urinarias, y a la sepsis. No surgen alternativas terapéuticas serias a la cirugía. La táctica a emplear y la oportunidad estarán condicionadas por el tipo de fístula y su etiología. También influyen la edad y el estado general del paciente. De todos modos surge claramente de los distintos trabajos publicados que la cirugía en un tiempo es actual-

mente el standard de oro para el manejo de estos paciente siempre que sea posible. Esta fue la conducta adoptada en la serie (75%), no siendo así en casos que las condiciones generales o locorreccionales no lo permitieron. En el caso de la enfermedad diverticular la opción primaria debe ser el desmontaje de la fístula, cierre del orificio vesical, resección segmentaria del colon involucrado y anastomosis primaria colocolónica. Para ello se hace necesario un colon bien preparado, o en su defecto, realizar un lavado colónico intraoperatorio. De no realizarse una anastomosis la opción sería el abocamiento de ambos cabos o la operación de Hartmann, con posterior reconstrucción del tránsito (Cirugía en dos tiempos). Es notorio que esta opción si bien puede reducir la morbilidad inicial, le agrega la morbimortalidad del segundo procedimiento y la morbilidad e incomodidad de la colostomía. Finalmente, en casos seleccionados puede realizarse simplemente una colostomía de detransitación, en un segundo tiempo la resección-anastomosis colónica y cierre del orificio vesical y en un tercer tiempo el cierre de la colostomía (Cirugía en tres tiempos).

En la enfermedad de Crohn si la condición general del enfermo lo permite se recomienda también la cirugía en un tiempo, con resección-anastomosis del delgado comprometido y cierre del orificio vesical. La alternativa es el abocamiento de cabos con el cierre diferido. En nuestra serie fue el procedimiento empleado en todos los casos y como resultado en uno de ellos presentó una falla de sutura. Luego de reintervenciones la evolución final fue favorable.

Debemos mencionar que tanto para las fístulas colovesicales secundarias a enfermedad diverticular colónica como para las fístulas íleovesicales por enfermedad de Crohn, el sector involucrado de la vejiga es generalmente el domo o techo. Esto posibilita casi en todos los casos el cierre primario de la brecha sin necesidad de procedimientos complejos, dado lo infrecuente del compromiso ureteral.

Las fístulas iatrogénicas en general se diagnostican en el postoperatorio, dada la presencia de síntomas que indican que la evolución no es la esperada. La situación más frecuente se ve en la cirugía de recto bajo con uso de máquina de sutura. Con menor frecuencia pueden surgir luego de cirugía urológica como es el caso de uno de nuestros pacientes. La conducta recomendada también es la resección-anastomosis y cierre de orificio vesical.

En cuanto a las fístulas de origen rádico presentan características especiales que determinan que su manejo quirúrgico sea difícil (proceso adherencial intenso, fragilidad intestinal por la enteritis rádica). Esto determina que si bien deba intentarse un procedimiento en un tiempo, no deberá insistirse en el mismo ante el riesgo de lesiones iatrogénicas intestinales pudiendo optarse por procedimientos de detransitación. Debemos destacar en estos casos (fístulas iatrogénicas y fístulas rádicas) que el sector vesical involucrado puede corresponder al trigono, lo que condiciona una resolución más compleja. Es fundamental para la resolución quirúrgica la interposición de tejido sano entre la brecha vesical y el intestino. Se describen para ello las técnicas de descenso colónico con anastomosis rectal baja o coloanal. Asimismo, y según criterio del urólogo se pueden manejar técnicas de detransitación vesical.

Para los casos de otros tipos de fístulas no presentes en la serie, como es el caso de las surgidas como complicación del cáncer colorrectal, las directivas son similares, cumpliendo en este caso con los principios de la cirugía oncológica. Debemos destacar que la cirugía radical en estos casos implica la resección en bloque del sector colónico y vesical involucrado, lo que implica en ciertas circunstancias una exenteración pélvica anterior. No realizar una resección inicial del cáncer condena al paciente a la persistencia y evolución de su enfermedad neoplásica. Las fístulas traumáticas, secundarias en general a la introducción de cuerpos extraños, serían quizás el único caso en que

se sugiere como conducta inicial una ostomía de detransitación para realizar en diferido la cirugía correctiva.

Como otra conclusión del trabajo debemos destacar la importancia del urólogo como participante del equipo quirúrgico por la posibilidad de alternativas en el manejo quirúrgico de la vía urinaria. Esto es fundamental sobre todo en aquellos casos donde está involucrado el trigono vesical.

Conclusiones

1. La fístula enterovesical es una patología de baja incidencia y presenta como causal más frecuente a la enfermedad diverticular colónica
2. Su presencia es muchas veces desatendida inicialmente por la ausencia de síntomas patognomónicos como la fecaluria y la neumaturia. La presencia de infecciones urinarias recurrentes debe despertar su sospecha
3. Ante la sospecha clínica se impone la realización de una TAC abdomino pélvica, siendo el estudio de mayor sensibilidad diagnóstica
4. Su tratamiento debe ser siempre quirúrgico, recomendándose su resolución en un tiempo siempre que sea posible, lográndose con ello los mejores resultados funcionales y de morbimortalidad
5. La presencia de urólogo en el equipo quirúrgico es de gran ayuda para el cirujano y redundante en el beneficio para el paciente.

Referencias bibliográficas

- ¹ Moss R.L., Ryan J.A Jr. Management of enterovesical Fistulas. *Am.J.Surg* 1990 May;159(5):514-7
- ² Liu C.H, Chuang C.K., Chu Sh, Chen HW, Chen CS, Chiang LJ et al Enterovesical Fístula: experience with 41 cases in 12 years. *J. Am. Coll. Surg.* 1996, 183(2):97-100
- ³ Kirsh G.M., Hampel N., Shuch J.M., Resnik M.I. Diagnosis and Management of vesicoenteric Fistulas. *Surg Ginecol. Obstet.* 1991; 173 (2): 91-7.
- ⁴ Keighley M.R.B., Williams N.F. Surgery of the annus,rectum and colon. *Intestinal Fistulas.* Londres: WB Saunder, 1993 p.2013-2103

- ⁵ Lockhart J., Miqueo M., Carreras I., Mérola L. Fístulas Intestino-Vesicales. Bol. Soc. Cir. Uruguay. 1958; 29 (6): 402-13
- ⁶ Pontari M.A., McMillen M.A. Garvey R.H., Ballantyne G.H. Diagnosis and Treatment of enterovesical fistulae. Am.Surg. 1992;58(4): 258-63
- ⁷ Jarrett T.W., Vaughan E. Accuracy of Computerized Tomography in the Diagnosis of Colovesical Fistula Secondary to Diverticular Disease. JUrol. 1995; 153(1): 44-6.
- ⁸ Hagget P.J., Moore N.R., Shearman JD, Travis SP, Jewell DP, Mortensen N.J. Pelvic and perineal complications of Crohn's disease: assessment using magnetic resonance imaging. Gut 1995; 36(3): 407-10
- ⁹ Aizen B., Beltrán J., Albo M. Colopatía Diverticular Complicada. Actitud Terapéutica. Cir Uruguay 1991;61: 113-8.
- ¹⁰ Alapont Pérez F.M., Gil Salom M., Esclapez Valero J.P, Marti Obiol R, Santamaria J, Rafie J et al. Fístulas enterovesicales Adquiridas. Arch Esp. Urol. 1994; 47(10):973-7.
- ¹¹ Hsich J.H., Chenws, Jiang J.K. Enterovesical Fistula: 10 years experience. Br.J.Surg 198; 72 (9):731-2
- ¹² Daniels I.R., Bekdash B., Scott H.J., Marks CG, Donaldson DR Diagnostic lessons learnt from a series of enterovesical fistulae. Colorectal Dis 2002; 4 (6): 459-62.
- ¹³ Lavery I.C. Colonic fistulas. Surg Clin North Am 1986; 76(5); 1183-90.
- ¹⁴ Gordon P.H., Nivatvongs S. Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum, and Anus. 2nd ed. St Louis: Quality Medical Publishing, 1999.
- ¹⁵ Berriel E, Kamaid Toth E; Estrugo R, Croci F. Fístulas anastomóticas rectovaginales o vesicales, o ambas, secundarias al uso de sutura mecánica en cirugía del recto. Rev Med Uruguay 2001; 17: 62-70.