

W. David Egas-Ortega ¹
Julio Luzuriaga-Graf ²
Walter Egas-Romero ³
Luis Herrera-Bermeo ⁴
Douglas Barberán-Véliz ⁴

Descripción del manejo de las fístulas colovesicales en el servicio de Urología del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil



OPEN ACCESS

Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 4.0 International

1 Médico adscrito; Servicio de Urología, Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, Ecuador.

2 Médico Urólogo; Jefe del Servicio de Urología, Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, Ecuador.

3 Médico Urólogo; Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, Ecuador.

4 Médico, Cirujano General; Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, Ecuador.

Correspondencia: Dr. W. David Egas-Ortega
E-mail: walteregasortega@gmail.com

Recibido: 02 - Mayo - 2016

Aceptado: 11 - Agosto - 2016

Palabras clave: Divertículos del colon, enfermedades de la vejiga urinaria, fuga anastomótica

Forma de citar este artículo: Egas-Ortega WD, Luzuriaga-Graf J, Egas-Romero W, Herrera-Bermeo L, Barberán-Véliz D. Descripción del manejo de las fístulas colovesicales en el servicio de Urología del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. Rev Med Vozandes 2016; 27: 49 - 51.

Introducción

La diverticulitis del colon que se complica en un absceso puede originar una fistula en el 2% de los casos. De estas, el 65% serán vesico-colónicas^[1]. Tradicionalmente la cirugía abdominal se realizaba en tres tiempos: una colostomía de descarga, posterior fistulectomía y sigmoidectomía que se acompañaba del cierre de la vejiga. Finalmente, se hacía la anastomosis del descendente y el recto. Todo eso justificado en el temor a la fistula por dehiscencia de sutura intestinal con la sepsis abdominal que acarrecaba, o el temor de la contaminación fecal del tracto urinario. La gran cantidad de cirugía que debía realizarse aumentada la morbilidad y los tiempos resolutivos. En los últimos 10 años se ha buscado realizar un procedimiento en un solo tiempo quirúrgico que disminuye la mortalidad y da buenos resultados, los cuales expondremos junto con las características de los pacientes.

Métodos

El estudio fue descriptivo y observacional, con un muestreo no probabilístico. Se realizó en el servicio de Urología del hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil. Los criterios de inclusión fueron pacientes de referencia o auto-referencia al servicio de Urología de dicha institución, con diagnóstico definitivo de fistula vesico-colónica, hospitalizados entre enero del 2004 y marzo del 2016, que recibieron tratamiento quirúrgico definitivo en la institución. Fueron excluidos todos los pacientes que tuvieron diagnóstico presuntivo de fistula colo-vesical sin que se haya evidenciado por cistoscopia la presencia de la fistula, así como aquellos cuyos expedientes o información fue insuficiente en la historia clínica.

La fuente de información fue secundaria a través de los archivos de protocolo operatorios del servicio de Urología. Los expedientes clínicos se revisaron en el servicio de estadística de la institución. Los estudios de anatomía patológica que faltaban en los expedientes se consultaron en el servicio de Patología. Las variables estudiadas fueron el sexo, edad, procedencia, estudios de imágenes, cistoscopia, colonoscopia, protocolo operatorio, modalidad quirúrgica realizada, histopatología, complicaciones post-operatorias.

Se realizó un análisis descriptivo para obtener las frecuencias absolutas y relativas (para variables categóricas), la media, mediana y desviación estándar (para variables cuantitativas), mediante el paquete estadístico Excel. El estudio al igual que la atención brindada a los pacientes involucrados, siguió el protocolo ético institucional y los lineamientos de la práctica médica.

Resultados

Identificamos 34 pacientes con la fístula colo-vesical, de los cuales 26 fueron hombres (76%) y 8 mujeres (24%). El 29% de los pacientes tuvieron edades comprendidas entre los 50 y 59 años, siendo el paciente más joven de 35 y el más añoso de 85 años. En su mayoría eran oriundos de la provincia de Guayas (n=26; 76%), y los demás de Manabí (n=5), Loja (n=1), El Oro (n=1) y Santa Elena (n=1).

La etiología principal fue la diverticulitis (n=31 casos; 91%), cáncer de colon (n=2; 6%) y enfermedad de Crohn (n=1; 3%). Todos los pacientes presentaron neumaturia y fecaluria. Otras manifestaciones clínicas fueron dolor abdominal (n=16 casos; 34%), síndrome disúrico (n=12; 26%), criterios de sepsis urinaria (n=9; 19%), hematuria (n=6; 13%) y constipación (n=4; 4%). Los hallazgos de exámenes complementarios se describen en la **tabla 1**.

Tabla 1. Estudios de imágenes y endoscopias de los pacientes con fístula colo-vesical; Hospital Luis Vernaza de Guayaquil; 2004 – 2016.

Estudio	Hallazgos	n	%
Enema baritado	Divertículos en sigma	27	79%
	Estenosis de sigma	7	21%
Cistoscopia	Estoma en pared posterior de la vejiga	34	100%
Colonoscopia	Divertículos en sigma	29	91%
	Estenosis de sigma	3	9%
Tomografía contrastada	Divertículos sigmoides	20	58.8%

El estudio topográfico no se realizó en todos los pacientes por que no se encuentra en el algoritmo de diagnóstico seguido en el servicio.

Todos los pacientes recibieron 48 horas antes de la cirugía una dieta líquida, preparación mecánica intestinal (solución de polietilenglicol), profilaxis antibiótica con quinolona (ciprofloxacino 400 mg BID) y metronidazol (500mg TID) parenterales. La conducta quirúrgica fue una sigmoidectomía, con fistulectomía vesico-colónica, cistorrafia primaria, anastomosis descendente-rectal y se efectuó en un solo tiempo en 32 pacientes (94%). La sutura intestinal se realizó en forma manual con punto de Connel-Mayo, usando material de seda trenzada 2-0. El cuidado post-operatorio en todos los casos consistió en ayuno por un promedio de 4 días, sonda nasogástrica por 48 horas, alimentación parenteral total por un promedio de 6 días hasta restituir la ingesta oral completa de alimentos, control de drenaje tubular no aspirativo, cuidados de la herida y cateterismo vesical por 10 días. La pauta antibiótica utilizada fue ciprofloxacino 400 mg BID y metronidazol 500mg TID parenterales por 10 días. Los hallazgos anatomo-patológicos en 29 pacientes (91%) fueron diverticulitis con diverticulosis de sigma, el trayecto fistuloso fue descrito como reacción inflamatoria aguda y crónica con fibrosis en todos los casos.

Se identificó un caso de enfermedad de Crohn (3%) y dos de adenocarcinoma de colon (6%). Las complicaciones se describen en la **tabla 2**.

Tabla 2. Número de complicaciones operatorias en los pacientes con fístula colo-vesical; Hospital Luis Vernaza de Guayaquil; 2004 – 2016. (2004 – 2016).

Trans-operatorias	Colostomía a lo Hartmann	2
	Neumotórax	1
Post-operatorio inmediato	Dehiscencia de la sutura intestinal	2
	Sepsis abdominal	2
Post-operatorio mediano	Infecciones de la herida quirúrgica	4
	Hernia incisiones	2
Post-operatorio tardío		

La sutura intestinal dio complicaciones en dos pacientes, ocurriendo dehiscencia de sutura (6%); uno de estos pacientes tuvo evolución favorable y el otro falleció. La mortalidad global fue de 3%. Durante el postoperatorio mediano el resultado final en pacientes de anastomosis primaria se determinó como satisfactorio al retirar la sonda y comprobar la inexistencia de fecaluria y neumaturia. La restitución del tránsito intestinal con realización de deposiciones sólidas de buen volumen fue otro criterio y se cumplió en 31 de los pacientes (91%).

Se realizaron dos colostomías, en uno de los casos por apreciación macroscópica de las condiciones del colon que impresionaban como maligno. En el otro caso se la realizó por inestabilidad hemodinámica del paciente. En uno de los casos el estudio anatomopatológico confirmó malignidad y se descartó en el segundo. Se realizó el cierre de colostomía en los siguientes seis meses con resultados satisfactorios, mientras que el otro paciente fue referido para ser tratado por su patología de base.

Comentario

Se realizó anastomosis termino-terminal primaria en 32 pacientes. La sutura intestinal fue realizada por cirujanos formados con larga experiencia en cirugía digestiva, siempre con seda trenzada. En todos los casos se hizo punto de Connel-Mayo que es un punto que toma todas las capas de la pared del intestino y permite una invaginación

completa de los bordes. En la actualidad, la sutura manual forma parte fundamental en la actividad y formación del cirujano digestivo. Sin embargo, sigue siendo objeto de debate cual es el material más adecuado, las ventajas e inconvenientes de las suturas con puntos sueltos frente a las continuas o si emplear una o dos capas de sutura. Estos aspectos hoy día se dejan a la elección del cirujano, en función generalmente de la experiencia que éste tenga [2]. Podría realizarse un análisis comparativo entre los diversos materiales y técnicas de sutura empleadas, buscando ventajas y desventajas en cada caso.

Pese a la experiencia de los cirujanos ocurrieron dos casos de dehiscencia de la sutura, en ambos evolucionaron a fistula, absceso peri-colónico y sepsis abdominal. Uno de los pacientes fue drenado, con evolución favorable posterior. El otro paciente evolucionó a peritonitis generalizada con choque séptico y falla multiorgánica, y falleció pese a la laparotomía con drenaje y lavado de cavidad. En la bibliografía la incidencia de fistulas se estima entorno al 3 a 5% y su causa más frecuente es la fuga anastomótica seguida de la lesión iatrogénica de las asas intestinales [3]. El cirujano debe estar siempre atento a manifestaciones clínicas de estas fistulas, como son el dolor abdominal, fiebre, íleo, que con frecuencia ocurren durante el postoperatorio mediato. Entre los factores para la aparición de dehiscencia de sutura están la malnutrición, preparación intestinal mecánica, y mala técnica quirúrgica.

Todos los pacientes contemplados en este estudio recibieron preparación intestinal mecánica con solución de polietilenglicol y profilaxis antibiótica. La evidencia actual no apoya el uso de la preparación mecánica por si sola para reducir la carga bacteriana intestinal [4] o potenciar la integridad de la anastomosis intestinal e incluso un metaanálisis ha reportado que aumenta el riesgo de dehiscencia anastomótica [5]. Este sigue siendo un tema controvertido, de amplio debate sin un consenso estandarizado que debería ser sujeto a revisión en nuestro medio.

Conflictos de interés

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

Financiamiento

Estudio financiado con fondos propios de los autores.

Contribuciones de los autores

WDEO: concepción, diseño, recolección de datos, análisis de datos. JLG: interpretación de resultados, elaboración de discusión, aprobación de versión final. WER: redacción de borrador del artículo, interpretación de resultados. LH: interpretación de resultados, aprobación de versión final. DBV: redacción de borrador del artículo, análisis, interpretación de datos.

Referencias

1. Murphy T, Hunt RH, Fried M, Krabshuis JH. Diverticular disease. [Serial on internet] 2007; [About 17 pages]. Available from: <http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/diverticular-disease/diverticular-disease-english>
2. Carbón M, Fernández G. Suturas y Anastomosis digestivas. [Serial on internet] 2015; [About 8 pages]. Available from: <http://docplayer.es/10274910-Suturas-y-anastomosis-digestivas.html>
3. Ruiz-Tovar J, Morales-Castiñeiras V, Lobo-Mártinez E. Complicaciones posoperatorias de la cirugía colónica. Cir Cir 2010; 78: 283-91.
4. Mersin H, Bulut H, Berberoglu U. The effect of mechanical bowel preparation on colonic anastomotic healing: an experimental study. Acta Chir Belg 2006; 106: 59-62.
5. Slim K, Vicaut E, Panis Y, Chipponi J. Meta-analysis of randomized clinical trials of colorectal surgery with or without mechanical bowel preparation. Br J Surg 2004; 91: 1125-30.