



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-019 - SIGMOIDECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN FÍSTULA COLOVAGINAL POR DIVERTICULITIS

Fabiano, Paolo; Moreno, Almudena; Mezquita, Susana; Ramírez, Diego; Jorge, Jaime; Gallardo, Andrés; Pinto, Juan Antonio; Rosado, Rafael

Hospital la Inmaculada del Servicio Andaluz de Salud, Huerca Overa.

Resumen

Introducción: La enfermedad diverticular del colon es una de las patologías más comunes en la cultura occidental. Su incidencia aumenta con la edad, de manera que el 30% de la población desarrollará diverticulosis a los 60 años, y hasta un 70% lo harán a los 80 años. Un 25% de estos pacientes padecerá una diverticulitis aguda, que se complicará hasta en un 20% de los casos en forma de perforación, absceso, fístula, obstrucción o hemorragia. Las indicaciones para el tratamiento quirúrgico de esta patología son: diverticulitis recurrentes, resistencia al tratamiento médico y complicaciones como absceso, perforación, fístula y estenosis. El abordaje quirúrgico tradicional ha sido la laparotomía, realizándose una resección de la zona afectada con anastomosis primaria. Cada vez son más las publicaciones que confirman la viabilidad de la cirugía laparoscópica para el tratamiento de esta patología, con unas tasas de morbilidad comparables a la cirugía abierta.

Caso clínico: Paciente de 51 años que tras un episodio de diverticulitis aguda 8 meses antes comienza con crisis de fiebre y emisión de heces líquidas por vagina de forma ocasional. El enema opaco pone de manifiesto un trayecto fistuloso que partiendo de sigma se dirige a una pequeña colección en vecindad con la vagina pero sin evidenciarse comunicación ni paso de contraste. En el TAC se ven las mismas imágenes que definen la colección de 25 mm y confirman la presencia de aire en vagina. Con el diagnóstico de fístula colovaginal es intervenida quirúrgicamente por vía laparoscópica. Se presenta el vídeo de la intervención.

Discusión: La incidencia de fístulas en pacientes con diverticulosis asciende a un 4-20%, siendo en la mayoría de los casos colovesicales o colovaginales, estas últimas más frecuentes en mujeres intervenidas de histerectomía. Inicialmente, debido al origen inflamatorio de esta patología, el abordaje laparoscópico estaba contraindicado y la presencia de fístulas, estenosis o procesos inflamatorios severos habían demostrado aumentar la tasa de conversión y la morbilidad. Cada vez son más las publicaciones que defienden la indicación de cirugía laparoscópica para estas complicaciones, pues los datos que existen en la literatura en cuanto a la morbilidad de estos procesos no son concluyentes. Sin embargo, la experiencia del equipo quirúrgico si ha demostrado disminuir la tasa de conversión y el tiempo quirúrgico. Las fístulas colovesicales, colovaginales o colocutáneas no deben ser consideradas una contraindicación absoluta para realizar una colectomía laparoscópica. Aumentar la experiencia en laparoscopia de los cirujanos colorrectales permitirá aumentar las indicaciones de la cirugía mínimamente invasiva para esta patología sin aumentar las complicaciones intraoperatorias, la tasa de conversión ni la morbilidad.