



## P-611 - ABSCESO ESCROTAL RECURRENTE SECUNDARIO A FÍSTULA COLOSEMINAL DE ORIGEN DIVERTICULAR

Abellán Morcillo, Israel; Ibáñez, Noelia; Abrisqueta, Jesús; Montoya, Mariano; Hernández, Quiteria; Alcaraz Solano, Ángela; Carbonell, Guillermo; Mezquita, Carmen

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

### Resumen

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 83 años que acudió a Urgencias por absceso escrotal, fiebre de 39 °C y hemoneumaturia. A la exploración se observa abscesificación del escroto izquierdo con crepitación asociada. Se realizó una TAC abdominal urgente que informaba de abscesos escrotales bilaterales, el mayor, izquierdo de 6 × 5 × 4 cm con contenido aéreo en su interior secundario a diverticulitis de sigma distal con fístula entre colon y vesícula seminal izquierda (VSI) que se encuentra ocupada por aire (fig.). Ante estos hallazgos y el cuadro clínico del paciente se realizó intervención quirúrgica urgente hallando diverticulosis sigmoidea y plastrón inflamatorio que comprende pared lateral sigma distal y VSI con trayecto fistuloso entre ambas. Se realizó movilización de sigma y recto superior e identificación de uréteres, sigmoidectomía reglada y colostomía terminal en fosa iliaca izquierda. En el mismo tiempo quirúrgico se realizó drenaje de absceso escrotal. El paciente presentó una evolución favorable siendo alta al tercer día posoperatorio. Entre un 15-20% de los pacientes con un cuadro clínico de diverticulitis aguda pueden presentar como complicación asociada la formación de una fístula. Las fístulas colovesicales son las más frecuentes, seguidas de las colovaginales. Otros tipos como las de localización colouterina, colosalpingeal y ureterocólica son muy infrecuentes.

**Discusión:** Presentamos el primer caso en la literatura de una fístula entre el colon y la VS en un paciente con diverticulitis y clínica de abscesos escrotales recurrentes. La incidencia de fístulas que afecten a las VS es baja, independientemente de la etiología, en parte debido a la localización de las VS en el suelo de la pelvis bajo la protección anatómica de la vejiga. Se han descrito menos de diez casos en la literatura por cualquier causa, de fístula de vesícula coloseminal, las causas más frecuentes fueron la sepsis tras dehiscencia de anastomosis colorrectal, la enfermedad de Crohn fistulizante y la infiltración por carcinoma colorrectal. La clínica de presentación de los casos descritos es muy diversa, siendo el síntoma más frecuente la neumaturia, seguido de la disuria y fecaluria, fiebre y dolor testicular<sup>4</sup>. Una adecuada anamnesis y exploración física del paciente será fundamental, si bien actualmente una TAC pélvica con contraste rectal sería la prueba de elección inicial. Si bien el bajo número de casos clínicos publicados de fístula coloseminal no permite un algoritmo de tratamiento estandarizado, en el caso que nos ocupa los autores creemos que el enfoque terapéutico no ha de diferir del resto de fístulas complicadas de origen diverticular siendo la resección del intestino afecto el tratamiento de elección. Creemos que dejar la fístula abierta es adecuado siempre que se extraiga el segmento de colon afecto, si bien se han descrito otros métodos como el cierre del orificio fistuloso o la interposición de un colgajo omental. Respecto a los abscesos escrotales ha de realizarse un adecuado drenaje quirúrgico y un estrecho seguimiento para detectar precozmente una evolución de la infección de partes blandas.

