



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/2779 - UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE UN CUADRO DE DIVERTICULITIS AGUDA

R. Díaz Ibáñez^a, J. Salvador Concepción^b y M. Molina Pomedio^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Almería Periferia. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de El Toyo. Retamar. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Cabo de Gata. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 50 años sin alergias medicamentosas conocidas, sin tratamiento habitual, con antecedentes personales de fibrilación auricular y hernia hiato. Intervenido de apendicectomía y fístula anal. Acude al servicio de urgencias por dolor intermitente en hipogastrio, poliuria y disuria. En tratamiento con amoxicilina 875 mg/clavulánico 125 mg/8h/3 días y norfloxacin 400 mg (1 comprimido), sin mejoría.

Exploración y pruebas complementarias: Servicio de Urgencias: dolor selectivo en hipogastrio con Blumberg, Rovsing y Murphy negativos. Analítica: 18.000 leucocitos con 81% de neutrófilos. Ecografía abdominal: engrosamiento de la pared del sigma, compatible con diverticulitis aguda de sigma. Ingreso en cirugía general que sigue evolución y derivan al alta. 1^a visita Atención Primaria (AP): molestias urinarias y Combust test con leucocituria. Inicia tratamiento con ciprofloxacino 500 mg/12h/7 días y urocultivo posterior. 2^a visita AP: urocultivo positivo (+) para *Klebsiella pneumoniae*. El paciente presenta neumaturia y se decide derivación a Urología y tratamiento con cefuroxima 500 mg/12h/10 días. Nuevo urocultivo posterior. 3^a visita AP: urocultivo (+) para *E. coli* sensible a ciprofloxacino. Se inicia tratamiento y urocultivo posterior. 4^a visita AP: urocultivo (+) para *Klebsiella ascorbata* sensible a ciprofloxacino, se inicia tratamiento. Servicio de Urología: urianálisis: cultivo (+) a *Klebsiella ascorbata*; cistouretrografía miccional seriada normal; TAC abdomino-pélvico con enema: trayecto fistuloso de 12 mm que comunica el sigma con cúpula vesical y sigma con múltiples divertículos. Derivación cirugía general para valoración y planteamiento quirúrgico.

Juicio clínico: Fístula colovesical secundaria a diverticulitis en sigma.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis, infección del tracto urinario, síndrome de intestino irritable, cáncer de colon, enfermedad inflamatoria intestinal.

Comentario final: La fístula colovesical es una patología poco frecuente (2%) aunque dentro de las enterovesicales es la predominante (77%), fundamentalmente en pacientes varones, cuya etiología más frecuente es la diverticulitis complicada (66%). El mecanismo subyacente es la extensión de un divertículo roto o la erosión de un absceso hacia la vejiga. La neumaturia (67%) y fecaluria (56%) son considerados como signos patognomónicos. La detección de dichos síntomas y realización de urocultivos por el médico de AP son determinantes para su diagnóstico. El pronóstico tras la intervención quirúrgica (sigmoidectomía con anastomosis colorrectal) es curativa, siendo necesario el posterior seguimiento por parte del médico de AP.

Bibliografía

1. Bannura C, Barrera A, Cumsille MA, et al. Fístula colovesical de origen diverticular. Rev Chil Cir. 2010;62(1):49-54.
2. Sebastià Cerqueda C, Merino Peña E, Quiroga Gómez S, Álvarez-Castells A. Fístulas vesicosigmoideas secundarias a diverticulitis. Diagnóstico mediante tomografía computarizada helicoidal. Radiologia 2007;49:343-5.

Palabras clave: Fístula colovesical. Diverticulitis. Fístula enterovesical.