



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/4916 - FISTULA ENTEROVESICAL

V. Chueca San Anselmo^a, R. Sierra Labarta^b, A. de Pablo Cardenas^b, K. Arza Romero^c, M. Meneses Yaruro^d y M. Sainz de Vicuña Martínez de Olcoz^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Oeste. Navarra. ^bFEA Urología. Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascante. Navarra. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Tudela Oeste. Navarra.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 63 años acude a consulta de Atención Primaria por clínica miccional, fiebre 39 °C, malestar general y orina oscura de 24 horas de evolución. No dolor abdominal. No dolor lumbar. No dolor genital.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración PPR negativa. Tacto rectal: próstata hipertrófica dolorosa a la palpación. Combur test: sangre+, leucos+. Ante la sospecha de ITU complicada se deriva a urgencias, se realiza analítica de sangre leucocitos 20.000.000, neutrófilos 16.900.000, creatinina 0,83. Orina pH 5,5. Sedimento: > 100 leucocitos/campo, 20-30 hematíes/campo. Presencia de bacterias. Nitritos negativos. Se trata con levofloxacino 500/24h 10 días y se deriva a consultas de Urología. Tras el tratamiento, valorado en consultas de urología, el paciente se encuentra asintomático con urocultivo negativo por lo que se realiza revisión al año. En este periodo, 3 episodios de infección urinaria. Orina: sedimento con piuria, hematíes y bacterias. pH urinario 5,5. Urocultivo negativo. Se realiza cistoscopia, visualizándose lesión papilodular de 4 cm en fondo vesical por lo que se realiza RTU vesical. En la cúpula extracción de una estructura de color amarillo verdoso, que al extraerla del cuerpo parece un palillo. Evacuación de fragmentos que se envían a anatomía patológica. AP: Restos vegetales no digeridos con abundante material bacteriano acompañante que podrían corresponder a fragmentos de contaminación intestinal secundaria a fístula enterovesical. TAC abdominopélvico, vejiga: a nivel de pared posterior alta, se visualiza un discreto trayecto que se comunica con el sigma adyacente, con mínimos restos de contraste endoluminal extravasado. Valorado por cirugía se decide actitud expectante para cierre espontaneo de la fístula.

Juicio clínico: Fístula enterovesical.

Diagnóstico diferencial: TBC urinaria. Tumor vesical.

Comentario final: La fístula enterovesical es la comunicación anormal entre la vejiga y un segmento del tubo digestivo, producidas por separación incompleta de los dos sistemas durante el desarrollo embrionario, por infección grave contigua de alguno de los dos aparatos, por proceso inflamatorio, neoplásico, traumático o por iatrogenia resultante de procedimientos diagnósticos o terapéuticos en uno de los dos sistemas. Su tratamiento es quirúrgico.

Bibliografía

1. Strickland M, Burnstein M, Cohen Z. Colovesical fistulas. Uptodate, 2017.

Palabras clave: Fistula enterovesical.