



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

216/53 - Ecografía en tiempo real: ¡qué ventaja!

A. Segura Grau^a, S. Joleini Joleini^b, T. Fernández Rodríguez^c, R. Herzog Verrey^c, I. Salcedo Joven^d y A. Fernández Rodríguez^e

^aMédico de Familia. Hospital San Francisco de Asís. Centro Diagnóstico Ecográfico. Madrid. ^bMédico de Familia. SAR Mejorada del Campo. Madrid. ^cMédico de Familia. Unidad de Ecografía. Hospital San Francisco de Asís. Madrid. ^dMédico de Familia. CS Estrecho de Corea. Madrid. ^eMédico de Familia. SAR Rascafría.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 90 años, vive en residencia, deterioro cognitivo importante, histerectomía previa. Ingresa en el hospital por isquemia en MID con trombo en arteria femoral que requiere amputación del miembro. A los 3 días de la intervención impresiona a la exploración física dolor abdominal, distensión y la paciente está en oligoanuria con orina oscura. Afebril. Dada la situación basal de la paciente y su intervención reciente se solicita ecografía abdominal.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica: leucocitosis (11,10) Ecografía: Abundante meteorismo intestinal y visualización de vejiga urinaria con abundante material en su interior y sonda vesical; plastrón izquierdo y dudosa dilatación pielocalicial izquierda. Para una mejor visualización de la vejiga decidimos primero despinzar la sonda sin obtener orina por lo que posteriormente introducimos suero para repleccionar y desobstruir la sonda objetivando en ese momento en la exploración dinámica una comunicación entre vejiga y asas intestinales que se diagnosticó como una fístula enterovesical que posteriormente se confirma con TAC.

Juicio clínico: Fístula enterovesical secundaria a diverticulitis vs masa en colon izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Fístula enterovesical secundaria a diverticulitis vs carcinoma colorrectal.

Comentario final: La ecografía es una técnica en tiempo real, lo que supone una ventaja para el explorador, ya que, como en este caso se pueden realizar maniobras dinámicas que confirmen el diagnóstico al poder movilizar estructuras y contenidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sevilla Cecilia C, Rodríguez de Ledesma Vega JM, Cetina A, Marín-Hargreaves W, Villavicencio H. Entero-vesical fistula in Behçet's disease. Actas Urol Esp. 2005;29:119.
2. Wade G1, Zaslau S, Jansen R. A review of urinary fistulae in Crohn's disease. Can J Urol. 2014;21:7179-84.
3. Scozzari G1, Arezzo A, Morino M. Enterovesical fistulas: diagnosis and management. Tech Coloproctol. 2010;14:293-300.