



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-227 - ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTE CON DIVERTICULITIS EN SIGMA FISTULIZADA A ANEJO IZQUIERDO, ÚTERO Y VEJIGA URINARIA

Pera Ferreruela, Meritxell; Vallribera Valls, Francesc; Lorente García, David; Mañalich Barrachina, Laura; Espín Basany, Eloy

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción: En este vídeo, presentamos el caso de una paciente con diverticulitis complicada en sigma por fistulización a vejiga urinaria, anejo izquierdo y útero; que fue intervenida conjuntamente por los servicios de Cirugía Colorrectal, Urología y Ginecología.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 76 años, hipertensa, diabética y dislipémica; con antecedente de diverticulitis Hinchey II con fístula colovesical persistente. Debido a la ausencia de resolución, se decide intervención quirúrgica realizando una sigmoidectomía robótica con anastomosis colorrectal mecánica más exéresis en bloque de pastilla vesical con posterior rafia de la misma y, salpingooforectomía izquierda con salpinguectomía derecha asociada. Se coloca la paciente en posición de Lloyd-Davies modificada y se realiza Trendelenburg y lateral derecho. Se realiza sondaje vesical estéril y tutorización de útero por parte de Ginecología. Intraoperatoriamente, se inicia con la identificación del uréter izquierdo y vasos gonadales. Se secciona arteria y vena mesentérica inferior y se libera parietocólico izquierdo y ángulo esplénico. A continuación, Urología realiza la resección de la fístula colovesical con la apertura de la vejiga urinaria, identificación de ambos orificios ureterales y rafia posterior. Seguidamente, Ginecología realiza salpingooforectomía izquierda en bloque con pieza de cistectomía parcial y sigmoidectomía, además de realizar salpinguectomía derecha para prevención del cáncer de ovario. Finalmente, se comprueba la correcta vascularización del colon con verde de Indocianina, se realiza sección de recto superior y colon sigmoide y, anastomosis colorrectal mecánica termino-terminal con EEA de 29 mm, reforzada manualmente con V-lock.

Discusión: La paciente cursó con íleo paralítico en el posoperatorio que se autolimitó. Se retiró el drenaje abdominal al quinto día y tuvo una correcta evolución de los parámetros analíticos del protocolo de la Unidad para la detección precoz de dehiscencia anastomótica. Fue dada de alta con sonda vesical que se retiró en consultas de Urología y actualmente sigue controles por Cirugía Colorrectal.