

11246
22



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

EXPERIENCIA DE LA FISTULA ENTEROVESICAL DE 5 AÑOS
EN EL SERVICIO DE UROLOGIA DEL HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS I.S.S.S.T.E. 1998 - 2002

TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PRESENTA EL
DR. OSCAR REYES ARIAS
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
LA ESPECIALIDAD DE UROLOGIA

ASESOR DE TESIS: DR. MARTIN LANDA SOLER



ISSSTE

2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

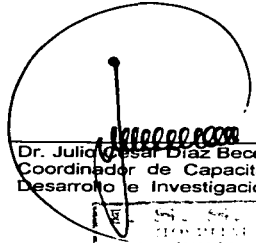
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi tesis con el número de control NOMBRE: OSCAR REYES ALIAS

FECHA: 06/05/03
FIRMA: 



Dr. Julio Cesar Diaz Becerra
Coordinador de Capacitación,
Desarrollo e Investigación.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
COORDINACIÓN DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION
SET. 12 2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN


Dr. Luis Sánchez Álvarez
Jefe de Investigación.

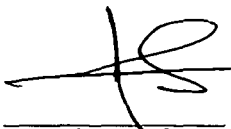

Dra. Gabriela Salas Pérez
Jefe de Enseñanza

I. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS
SET 12 2003
JEFATURA DE
INVESTIGACION

ENTRADA
15 SET. 2003
Subdirección de
Enseñanza e
Investigación



Dr. Martín Landa Soler.
Profesor titular.



Dr. Martín Landa Soler
Asesor de Tesis



Dr. José Guadalupe Sevilla Flores
Vocal de Investigación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por Haberme dado la Vida.

Por su ricas bendiciones.

Por ser el instrumento que guías para poder ayudar al prójimo

Gracias Por llevarme por el camino ya predestinado.

A mis padres:

Por darme la vida.

Por sus consejos, apoyo, educación, amor, comprensión.

Gracias.

A mi esposa:

Alicia: Sabes que gran parte de lo que soy te lo debo a Ti.

Gracias a tu amor, comprensión, apoyo incondicional, por ser como

Eres, Por compartir momentos de felicidad, tristeza, y sacrificio que Dios te bendiga.

Por ser un proyecto de ambos **Gracias. Te amo.**

A mis hijos:

Ana Daniela y Oscar Alfonso:

Gracias: Por ser mi luz, mi esperanza.

Por ser mi motor que me da fuerza para seguir adelante.

Porque todo el sacrificio de no estar a su lado en algunos

Momentos de trabajo haya valido la pena.

Los quiero.

A la Sra. Margarita:

Gracias por todo su apoyo, le agradezco que me haya tendido la

Mano cuando más lo necesitaba. Es usted parte importante en mi vida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A Don Julio (+):

Por que donde quiera que esté le agradezco todas sus sabias Palabras y excelentes consejos. Por su apoyo **GRACIAS.**

A Ana: Te agradezco todo lo que has hecho por mí, y sabes que sobran Las letras y palabras. Te quiero.

A Don Manuel:

Le agradezco profundamente todo su apoyo.

A Moni y Nacho:

Gracias por ser parte de mi Familia.

A Sergio Y Luisa:

Por todo su apoyo Gracias

A Mis hermanos:

Lupita, Olga, Gaby, Abraham, Karla Y Mariela.
Gracias

A mis compañeros y Amigos:

Gerardo Reyes , Octavio Sánchez,
Edmundo Ramirez, Jesús Alcántara, Norma Contreras,
Jorge Gómez, Antonio García, Javier Márquez, Cesar Contreras,
Gabriela Fonseca, Isabel Rojas, Guillermo Baltierra, Mario Lugo,
Jesús David Salvador, José A. Robles, Javier Cruz, Luis Olivares,
Armando Chávez, Gerardo Flores, Rafael valenzuela, René Ramírez
Porque de todos ustedes se aprende cada día .
en especial al Dr. Alejandro Vargas por ser parte de este proyecto y
la gran convivencia y amistad que nos une durante mucho tiempo.

A Lore, Angelita, Alejandra, Guille gracias por la gran convivencia que
Llevamos siempre.

TESIS CON
FALLA DE CUBIEN

A Mis maestros:

Dr. Moisés Adame.
Dr. Martín Cruz.
Dr. Martín Landa.
Dr. Fernando Mendoza.
Dr. Rafael Velásquez.

Por que son muy importantes en la enseñanza, conocimiento,
Aptitudes que hacen del residente de Urología un buen médico
Cirujano. **Gracias.**

TODO LO PUEDO EN CRISTO QUE ME FORTALECE
FILIPENSES 4:13

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INDICE

| | |
|-------------------------|----|
| RESUMEN..... | 1 |
| ABSTRACT | 2 |
| INTRODUCCION..... | 3 |
| MATERIAL Y METODOS..... | 5 |
| RESULTADOS..... | 6 |
| DISCUSION..... | 8 |
| CONCLUSIONES..... | 10 |
| GRAFICAS..... | 11 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 21 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

La Fístula entero-vesical es una patología que tiende ser su diagnóstico muy complicado de ahí la importancia en su estudio y tratamiento oportuno. Este estudio revisa la sintomatología, diagnóstico clínico, diagnóstico endoscópico, radiológico, tratamiento y las complicaciones.

MATERIAL Y METODOS

De 1ro enero de 1998 al 31 de diciembre del 2002, se obtuvo el registro de 8 pacientes en el Servicio de Urología en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos con el diagnóstico de fístula entero-vesical sometidos a tratamiento quirúrgico.

El estudio toma en cuenta la historia clínica, estudios endoscópicos, estudios radiológicos.

RESULTADOS

De los 8 pacientes estudiados se encontró prevalencia del sexo masculino 6 y 2 casos femeninos, dentro de los signos y síntomas más frecuentes fue la fecaluria, neumaturia, ardor al orinar, estreñimiento. A todos los pacientes se le sometió a cistoscopia presentando solo 3 alteraciones de tipo edematoso. De los estudios radiológicos el que más aportó para el diagnóstico fue la TAC abdomino-pélvica. De los 8 pacientes solo se sometieron a tratamiento quirúrgico a cinco pacientes. Sólo un paciente se encuentra con sintomatología urinaria irritativa baja.



ABSTRACT

Enterovesical fistula is difficult in diagnosis, an early and adequate treatment and diagnosis is important. This study is an overview of the symptomatology, endoscopic and clinical diagnosis, radiology and complications of these fistulas.

MATERIAL Y METHOD

Eight patients were registered from January 1, 1998 to December 31, 2002, in the service of Urology of Adolfo López Mateos Regional Hospital ISSSTE D.F. and five underwent Surgical Treatment. Their Clinical records, endoscopic and radiological studies are reviewed.

RESULTS

Male patients were more frequently affected, six of eight, pneumaturia, faecaluria, burning sensation during voiding and constipation were the main symptoms the patients presented, mucous oedema was present only 1 in 3 of the patients.

The most useful study was CT, Surgical treatment was performed in five patients

INTRODUCCION

Las fistulas entero-vesicales no son frecuentes y se encuentran en uno de cada 3000 internamientos hospitalarios (8), estas fistulas son más frecuentes en los hombres en relación de 2:1 se cree que el útero actúa como barrera entre el intestino y la vejiga, protegiéndola de enfermedades del intestino.(7,8)

Las fistulas colovesicales son las más comunes de las fistulas enterovesicales y la enfermedad diverticular es la responsables de casi dos tercios de los casos. (3, 7,8)

El cáncer de colón es el segundo lugar en frecuencia, representando aproximadamente un 20% de los casos, seguidos de otras etiologias como lo son la enfermedad de Crohn la cual fue descrita por primera vez en 1932 (1), la enteritis actínica, los traumatismos, el cáncer de vejiga en un 5%, la apendicitis, los tumores ginecológicos, la tuberculosis. Se ha reportado la ingesta de cuerpo extraño (hueso de pollo), el cual presentó fistula entero-vesical. (3,4)

La sintomatología típica de este padecimiento consiste en neumaturia y fecaluria, estas aparecen en aproximadamente 63% y 43 % respectivamente, los síntomas de la vejiga que son comunes y aparecen en más de los dos tercios de los pacientes suelen deberse a infecciones del tracto urinario, los

cuales se observan en el 95% de los casos. Sin embargo las infecciones por más de un microorganismo no son muy comunes y aparecen sólo en la tercera parte de los pacientes.(5,6,7,8)

La pérdida de orina por el recto es rara, sólo se observa en un 10% de los pacientes, y suele ser la manifestación de un trayecto fistuloso.

Los síntomas permiten sospechar la presencia de la fistula y el diagnóstico se confirma con los estudios radiográficos como es la tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis, el colon por enema y endoscópicos (1,4), aunque ninguno de ellos resulta muy preciso en forma separada. La combinación de todos ellos permite establecer el diagnóstico, ubicación y la etiología de las fistulas entero-vesicales.(4)

Debido a que estas fistulas rara vez se curan espontáneamente, en general se recomienda la corrección quirúrgica. (1, 2, 7, 8).

Para el tratamiento de las fistulas entero-vesicales, es de vital importancia extirpar el segmento afectado. Con re-anastomosis de dicho segmento sano. (7,8)

En casos raros, la reacción inflamatoria de la pelvis está muy avanzada como para realizar la resección y anastomosis en un paso. En dichas circunstancias, se efectúa una colostomía proximal preliminar y se deja transcurrir de 2 a 3 meses antes de la resección (1,2,4,5,7,8)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODO

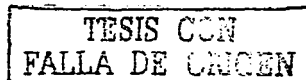
De enero 1998 a diciembre del 2002, en el servicio de Urología, se efectuó un estudio clínico, descriptivo, retrospectivo, observacional y abierto con un periodo de seguimiento de 12 a 60 meses.

Se incluyeron todos los pacientes adultos con diagnóstico de fistula entero-vesical con estudios completos.

Se efectuó revisión de historia clínica y se analizó el sexo, la edad, antecedentes heredo-familiares de cáncer colorectal ,antecedentes personales. Si los pacientes tenían el antecedente de enfermedad diverticular.

Se tomó en cuenta los signos y síntomas como neumaturia, fecaluria, constipación, disuria, ardor al orinar, hematuria.

A todos los pacientes se les realizó cistoscopia, así como estudios radiológicos. Se hace registro de los pacientes que llevaron tratamiento médico previo a la cirugía y a cuantos pacientes se le sometió a tratamiento quirúrgico, si fue en uno o dos tiempos, cual complicación se presentó y si persistieron los síntomas.



RESULTADOS

De los ocho pacientes incluidos en el estudio (100%), seis corresponden al sexo masculino (75%) y dos al sexo femenino (25%). Con una relación del 2:1 (gráfica 1). La edad promedio fue de 47 años con un rango de edades de 43 a 70 años (gráfica 2).

Como antecedentes heredofamiliares ningún paciente tuvo antecedentes de Cáncer colorectal o enfermedad de Crohn. A cinco pacientes (62.5%) se le diagnosticó enfermedad diverticular colónica, un paciente (12.5%) con antecedentes de Cáncer de Colon. Sólo seis pacientes (75%) tuvieron antecedentes de estreñimiento (Gráfica 3), y los ocho pacientes (100%) presentaron infección de vías urinarias. cinco pacientes (62.5%) cursaron con neumaturia y síntomas de cistitis, un paciente (12.5%) con hematuria, tres pacientes (37.5%) con fecaluria, seis pacientes (75%) con constipación (Gráfica 3). En los hallazgos endoscópicos a tres pacientes (37.5%) se les encontró edema a nivel vesical (Gráfica 4) y en los hallazgos radiológicos en el colon por enema en un paciente (12.5%) se encontró gas (Gráfica 5), la Urografía excretora demostró gas en un paciente (12.5%) (Gráfica 6). La TAC de abdomen presentó gas en seis pacientes (75%) (Gráfica 7). Los ocho pacientes (100%) recibieron antimicrobianos a base de quinolonas cinco pacientes (62.5%) y tres pacientes (37.5%) con nitrofurantoína. (gráfica 8)

El tratamiento quirúrgico fue solo a cinco pacientes (62.5%), ya que tres pacientes (37.5%) no aceptaron tratamiento quirúrgico.

En pacientes dos pacientes (25%) se realizó en un solo tiempo y tres pacientes (37.5%) en dos tiempos. (Gráfica 9) El control Post-quirúrgico cuatro pacientes (50%) se encuentran asintomáticos y un (12.5%) paciente con sintomatología urinaria irritativa baja. (Gráfica 10)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSION

En Estados Unidos de Norteamérica La fistula enterovesical no es tan frecuente sólo se encuentran uno de cada 3000 internamientos.(8)

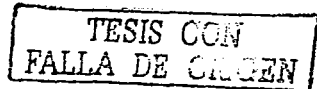
En el presente estudio de 5 años se revisaron ocho pacientes(100%) cuyo diagnostico fue de fistula enterovesical.

La mayor incidencia de la fistula enterovesical se presenta entre la 4ta y 5ta década de la vida siendo más frecuentes en los hombres que en las mujeres en relación de 2:1 debido a la barrera que presenta el útero sobre el intestino y vejiga.(7,8)

Entre los factores de riesgo para desarrollar la fistula enterovesical están la enfermedad diverticular, el antecedente de Cáncer de colon, enfermedad de Crohn. De estos el único factor más constante fue la enfermedad diverticular coincidiendo con lo reportado en la literatura internacional.

La fecaluria , ardor al orinar y la neumaturia son los signos y síntomas que más frecuente se presentan confirmando lo que se reporta en la literatura la presentación así como la confirmación de las infección de vías urinarias la cual se presentó en los ocho pacientes. (5,6,7,8).

De los estudios radiológicos que se debe de someter a los pacientes para su protocolo de estudio son TAC abdominopélvica, urografía excretora, colon por enema. A seis pacientes se les realizó Tomografía siendo la más importante ya que se observó gas en la vejiga proveniente del intestino (1, 4), confirmandose que es el estudio ideal para diagnosticar proceso de fistula, como se reporta en la literatura. La urografía excretora y el colon por enema no presentó resultados favorables para el diagnóstico de fistula ya que se constató gas en solo un paciente de cada estudio. Solo tres pacientes presentaron una lesión con características edematosas en la cistoscopia (4) Siendo muy similar lo reportado en la literatura.



Todos los pacientes recibieron tratamiento médico con antimicrobianos, los cuales fueron seis con quinolonas y dos no operados con nitrofurantoina ya que presentaron infección de vías urinarias.

De los ocho pacientes sólo cinco pacientes aceptaron someterse al tratamiento quirúrgico. El abordaje fue por línea media supra-infraumbilical, tres pacientes se manejaron en dos tiempos debido a la presencia de notable inflamación y fibrosis en la zona de la fístula en el momento de la operación con colostomía y bolsa de Hartmann y cierre vesical. Posteriormente a los 2 meses entero-entero-anastomosis termino-terminal y dos pacientes se manejaron en un tiempo con cierre de la vejiga y EETT.(1,2, 4, 5,7,8)

Los tres restantes no aceptaron tratamiento quirúrgico por motivos no especificados. De los cinco pacientes que se intervinieron cuatro se encuentran asintomáticos y sólo uno presenta sintomatología irritativa urinaria baja no infecciosa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

La fistula enterovesical es poco frecuente.

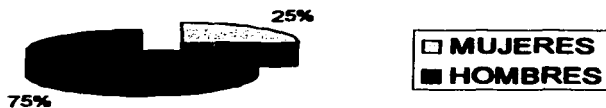
Los datos clínicos recogidos del interrogatorio y examen físico del paciente son de gran utilidad para el diagnóstico de las fistulas enterovesicales.

Estudios complementarios del diagnóstico como la urografía intravenosa, cistoscopia, colon por enema y TAC abdominopélvica usualmente son de gran valor para confirmar sospecha diagnóstica, especialmente el último.

Los resultados de la corrección quirúrgica de estas fistulas ya sea en uno dos tiempos son curativos en la gran mayoría de los casos y así lo fue en nuestra serie que obtuvo curación en su totalidad.

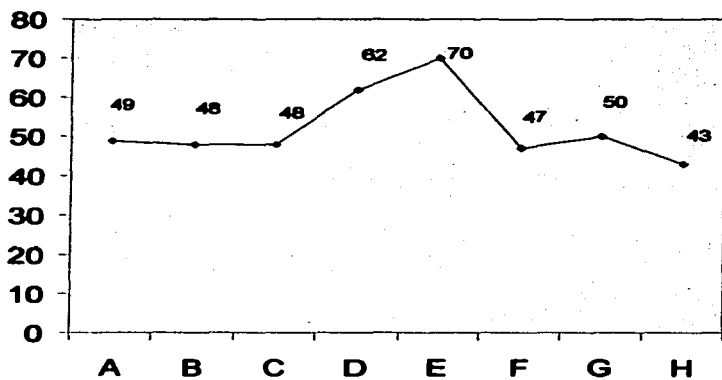
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 1. Distribución por sexo.



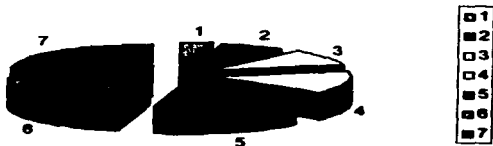
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 2. Edad de presentación.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 3
Signos y síntomas de presentación con
fistulas enterovesicales



1. Hematuria (1 paciente)
2. Fecaturia (3 pacientes)
3. Disuria (5 pacientes)
4. Ardor al orinar (5 Pacientes)
5. Neumaturia (5 pacientes)
6. Estreñimiento (6 pacientes)
7. Inf. Vías Urin. (8 Pacientes)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 4
HALLAZGOS ENDOSCOPICOS
EDEMA



TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

**GRAFICA 5
COLON POR ENEMA**

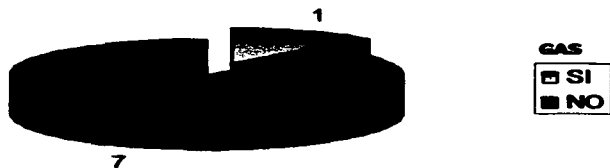


GAS

SI
 NO

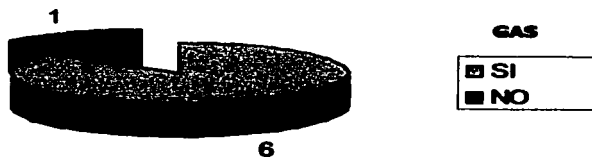
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRAFICA 6
UROGRAFIA EXCRETORA



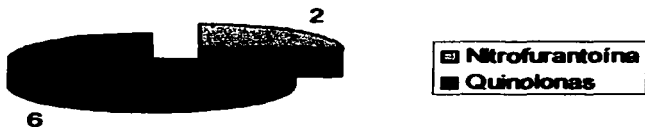
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 7
Hallazgos Tomográficos



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 8
TRATAMIENTO MEDICO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 9
TRATAMIENTO QUIRURGICO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 10
PACIENTES POSTOPERADOS



Sintomatología Urinaria Irritativa baja

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

1. GRUNER J.S. SEHON J. KENNETH ET AL. DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF ENTEROVESICAL FISTULAS IN PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE. THE AMERICAN SURGEON AUGUST 2002 VOL 68 PAGES 714-719.
2. MUÑOZ M. NELSON H. ET AL. MANAGEMENT OF ACQUIRED RECTOURINARY FISTULAS. DIS COLON RECTUM OCTOBER 1998 PAGES 1230-1238.
3. POTTER D. SMITH D. AND J. SHORHOUSE. COLOVESICAL FISTULA FOLLOWING INGESTION OF A FOREIGN BODY. BRITISH JOURNAL OF UROLOGY 1998 VOL 81 PAG 499-500.
4. SHACKLEY D.C. BREW, BRYDEN A.A. ET AL THE STAGED MANAGEMENT OF COMPLEX ENTERO-URINARY FISTULAE. BJU INTERNATIONAL (2000) VOL 86 PAG 624-629.
5. WALSER A.C. KLOTZ T. SCHOENENBERGER A.S. FIFTY YEARS OF FAECALURIA AND PENUMATURIA. BJU INTERNATIONAL (1999) VOL 83 PAG.517.
6. CULLEY C. CARSON , REZA S. MALEK ET AL. UROLOGIC ASPECTS OF VESICOENTERIC FISTULAS. 1977 VOL 119 JUNE PAG 744-746.
7. MAINGOT , ZINNER M. ET AL OPERACION ABDOMINALES 10 EDICION VOL II PAG 1155-1156.
8. SABISTON TRATADO DE PATOLOGIA QUIRURGICA 14 EDICION PAGES 1618-1619.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN