

Fístula colovesical por diverticulite aguda complicada

Colovesical fistula due to complicated acute diverticulitis

Rita Marques¹, Artur Ribeiro², Paulo J. Sousa³, António Oliveira⁴

¹ Interna Formação Específica, ² Assistente Hospitalar, ³ Assistente Graduado, ⁴ Diretor de Serviço

Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

RESUMO

Introdução: A diverticulose cólica é uma patologia com incidência crescente afetando 65% dos doentes acima dos 80 anos¹ e aproximadamente 20% desses desenvolverão diverticulite aguda.⁵ 25% apresentarão formas complicadas, com as fístulas a representar 2%. Entre estas, as fístulas colovesicais são as mais frequentes. **Caso Clínico:** Mulher, 68 anos de idade, dá entrada no Serviço de Urgência com dor na fossa ilíaca esquerda (FIE), fecalúria e pneumatúria e a tomografia axial computadorizada abdomino-pélvica (TAC AP) revelou uma fístula colovesical secundária a diverticulite aguda complicada, gerida com terapêutica conservadora. Proposta para cirurgia eletiva, sendo submetida a sigmoidectomia aberta com exérese em bloco da parede do abscesso e debrís, complicada por infeção do local cirúrgico. Alta aos 31 dias. Histologia da peça operatória confirmou o diagnóstico. **Discussão/Conclusão:** A caracterização diagnóstica e etiológica de uma fístula colovesical requer TAC AP, endoscopia digestiva baixa (EDB) e cistoscopia, necessários para definir uma abordagem cirúrgica precisa, sendo a sigmoidectomia com encerramento da parede vesical, o procedimento *gold standard*. Geralmente o resultado é bastante satisfatório com total resolução do quadro. Os autores retratam um caso de fístula colovesical por diverticulite aguda complicada, singular pela quantidade de *debris* encontrados.

Palavras Chave: Diverticulite do signóide, Fístula, TAC abdomino-pélvica.

ABSTRACT

Introduction: Colon diverticulosis is an incoming disease affecting 65% of all patients above 80 years old¹ and approximately 20% of those will develop acute diverticulitis.⁵ 25% will have complicated forms, with fistulas representing 2%. Amongst those, colovesical fistulas are the most prevalent. **Clinical Case:** Woman, 68 years old presents to the Emergency Department with left groin abdominal pain, fecaluria and pneumaturia and the Abdomino-pelvic Computerized Tomography scan (AP CT scan) revealed a colovesical fistula secondary to complicated acute diverticulitis, managed with conservative therapy. Proposed to elective surgery, having performed an open sigmoidectomy, with removal of the abscess wall and debris, complicated by surgical site infection. Discharged after 31 days. Histopathological examination confirmed the diagnosis. **Discussion/Conclusion:** The diagnostic and etiologic characterization of a colovesical fistula requires AP CT scan, colonoscopy and cystoscopy, necessary to define the accurate surgical approach, being sigmoidectomy with closure of the vesical wall the standardized procedure. Generally the outcome is very rewarding, with total resolution of the complaints. The authors portray a case of colovesical fistula by complicated acute diverticulitis, singular due to the quantity of debris found.

Key Words: Sigmoid diverticulitis, Fistula, Abdomino-pelvic CT scan.



INTRODUÇÃO

A diverticulose cólica é uma patologia comum nas sociedades desenvolvidas, representativa da evolução das mesmas e que implica gastos avultados na área da saúde.

Atinge principalmente indivíduos acima dos 60 anos, com localização preferencial no cólon sigmoide e manifesta-se pela sua forma não complicada na maior percentagem de doentes.¹

A fistula colo-vesical surge como uma complicação pouco frequente da diverticulite aguda complicada merecendo dessa forma uma estratégia de tratamento personalizada.

O caso clínico exposto pretende reavivar a patologia, ambicionando simultaneamente rever cientificamente o tema.

CASO CLÍNICO

Reporta-se a uma doente, de 68 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus não insulino dependente, dislipidemia, insuficiência cardíaca, doença osteoarticular degenerativa, cirurgia ortopédica (joelho) e insuficiência venosa periférica.

Recorreu ao Serviço de Urgência por dor na FIE em cólica intensa com menos de 24h de evolução associada a pneumatúria e fecalúria com cerca de 1 semana de evolução. Sem episódios prévios semelhantes ou febre. Sem relato de perdas hemáticas baixas, alterações dos hábitos intestinais ou queixas urinárias prévias.

Ao exame objetivo apresentava-se subfebril, com plastron palpável na FIE, sem sinais de irritação peritoneal, com fecalúria e saída de conteúdo alimentar (“caroço de cereja”) durante algiação.

Analiticamente sem leucocitose ou neutrofilia com doseamento de proteína C reativa de 10.60mg/dL e com análise sumária de urina a revelar leucocitúria, eritrocitúria e nitritúria.

Efetou TAC AP que revelou: “espessamento da parede do cólon sigmoide múltiplos divertículos

parietais estrutura com nível líquido satélite do espessamento parietal do sigmóide e sem plano de clivagem com a parede vesical a que se associa gás endoluminal... processo inflamatório de diverticulite com fistulização colo-vesical”, evidenciados na Figura 1.



FIG. 1 – Espessamento parietal do sigmóide em íntimo contacto com a parede vesical com gás endo-luminal – fistulização colo-vesical

Internada com antibioterapia dirigida, tendo tido alta ao 8º dia, algaliada mantendo fecalúria e com resolução das queixas algícas.

Orientada para a Consulta Externa de Cirurgia Geral em 4 semanas onde realizou EDB que revelou: “progressão até ao ângulo esplénico, com múltiplos divertículos no cólon esquerdo.”

Realizou novamente TAC AP associado a cistografia com contraste: “não evidencia inequívoco trajecto fistuloso entre a bexiga e o cólon. Poderá existir eventualmente fístula de baixo débito. Coleção com 55x25mm entre a bexiga, cólon sigmoide e útero não preenchida por produto de contraste.” Realizou também cistoscopia que não se revelou conclusiva.

Admitida eletivamente para correção cirúrgica tendo sido identificada intra-operatoriamente loca abcedada comunicante entre o cólon sigmoide e a parede vesical.



cal com abundante quantidade de restos alimentares (“espículas ósseas, caroços de fruta, restos celulósicos entre outros”), evidenciados nas Figuras 2 e 3.

Submetida a sigmoidectomia aberta, com anastomose primária, exérese em bloco da parede do abscesso sem necessidade de rafia da parede vesical por verificação intra-operatória de ausência de fuga vesical (instilação de soro fisiológico com azul de metileno pela algália).

Pós-operatório complicado por suspeita de fístula vesicocutânea (loca do dreno microtubular) não con-

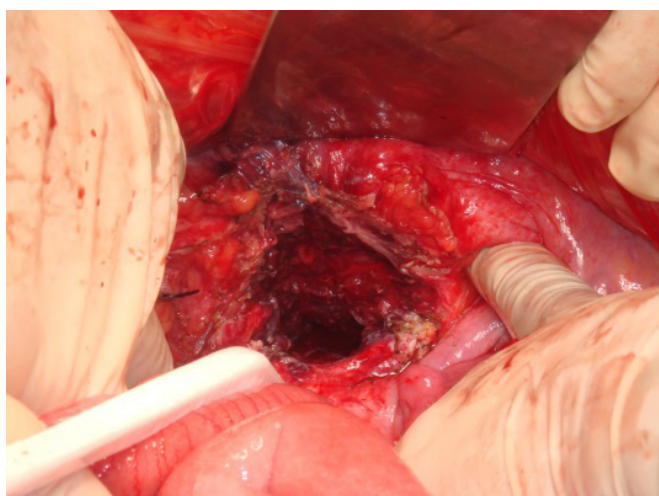


FIG. 2 – Loca abcedada

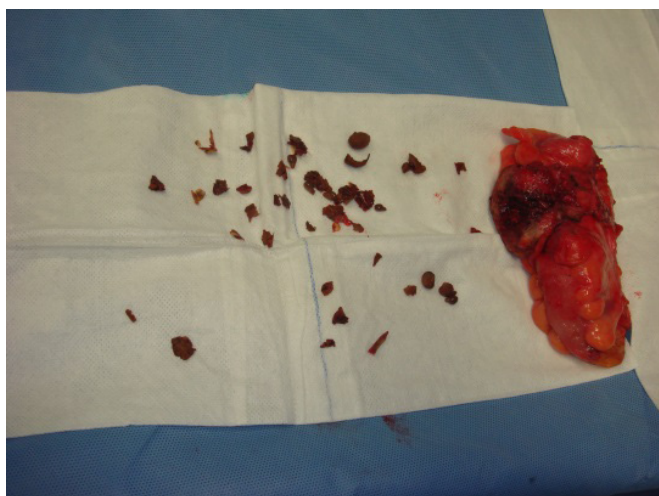


FIG. 3 – Segmento cólico ressecado e conteúdo da loca

firmada pelo doseamento de creatinina do líquido e cistografia.

Posterior desenvolvimento de celulite da parede abdominal peri-dreno e cistite aguda com isolamento de *E.coli* sensível à antibioterapia empírica. Alta aos 31 dias de internamento assintomática.

Anatomia patológica da peça operatória confirmou doença diverticular do cólon sigmóide complicada de lesões focais de diverticulite aguda perfurada, com exclusão de lesões epiteliais displásicas.

Em consulta de seguimento de pós-operatório a doente apresenta-se assintomática e com boa evolução cicatricial.

DISCUSSÃO

A diverticulose é uma patologia comum, representativa da evolução da Sociedade, sendo por isso mais comum em nações mais desenvolvidas e ocidentais¹, nomeadamente Europa e Estados Unidos.

A prevalência da diverticulose é idade dependente, com pico a partir dos 60 anos afetando cerca de 65% dos doentes acima dos 80 anos.¹

Atinge principalmente o cólon sigmóide (95%), podendo no entanto surgir no cólon direito, situação mais comum nos países asiáticos.

A etiologia é multifatorial assumindo-se como responsáveis a presença de protusões saculares do cólon (disposição das camadas da parede) associados ao diferencial de pressão intra-luminal, contratilidade segmentar descoordenada e hábitos dietéticos deficientes (dieta pobre em fibras). A hipótese genética não é descurada, tendo em conta a relação entre diverticulose e doenças do tecido conjuntivo e a lateralidade.¹

A diverticulite resulta da inflamação aguda dos divertículos motivada por diferentes mecanismos, como obstrução diverticular, estase cólica, alterações da flora cólica, isquemia local e micro/macro-perfuração.

Aproximadamente 20% dos doentes com diverticulose desenvolvem diverticulite⁵, dos quais 10-20% necessitam de hospitalização. Destes, 20-50% evo-



luem para cirurgia o que constitui uma percentagem final de cerca de 1%.²

Pode manifestar-se pela forma não complicada em 75% dos casos (dor abdominal na FIE, febre e leucocitose) mas também pela forma complicada, nomeadamente as fístulas (2%).¹ Destas a mais frequentes são as fístulas colovesicais com uma incidência a variar de 23 a 65%.^{1,3}

Fístula colovesical

De acordo com o supra-citado a etiologia mais frequente é a diverticulite aguda e geralmente manifesta-se por pneumatúria (75%), fecalúria (50%) e cistite (90%).³ É, no entanto, de suma importância o diagnóstico diferencial com carcinoma colorretal (3%) e Doença de Crohn.³

O mecanismo subjacente assenta em 2 hipóteses: rutura de divertículo com extensão vesical secundária ou erosão secundária por abscesso diverticular (mais frequente).^{1,2}

Afeta em maior proporção o sexo masculino (2:1) por considerações anatómicas.³

No que diz respeito à investigação etiológica, a EDB (sensibilidade 6-8.5%)¹ é imprescindível sendo os estudos contrastados do tubo digestivo menos relevantes numa primeira fase. A TAC AP e cistoscopia são essenciais no diagnóstico da fístula colovesical, a última dos quais com sensibilidade a atingir os 92%.³

Interessantemente a taxa de confirmação diagnóstica de fístula colovesical 48h após ingestão de sementes de papoila ronda os 90%.¹

Raramente têm indicação cirúrgica urgente merecendo primeiramente antibioterapia e em 2º tempo (4-6 semanas após):

- excisão do segmento afetado (cólon sigmoide)⁴

- anastomose primária (tratamento de escolha^{2,3} vs escolha individualizada⁵)
- com ou sem encerramento da parede vesical (em função do tamanho do defeito)¹
- drenagem vesical por 7-10 dias.² Em caso de dúvida da relação espacial com os ureteres preconiza-se a cateterização com duplo J bilateral.²

A via laparoscópica bem empregue na abordagem cirúrgica da diverticulite não complicada, tem também literatura de suporte na diverticulite complicada nomeadamente na vertente *hand assisted*.⁵

A taxa de recorrência da diverticulite aguda pós-cirúrgica, ainda que com percentagem mínima (2%/ano)³, está diretamente associada às margens de resseção.^{4,5}

Em casos de fístula vesicocutânea pós-cirúrgica recomenda-se drenagem vesical durante 2 semanas com estudo por cistografia.

CONCLUSÃO

Trata-se de um caso clínico bem definido de uma fístula colovesical consequência de um episódio de diverticulite aguda complicada.

A abordagem diagnóstica e etiológica com a realização de TAC AP, EDB e cistoscopia revelou-se fulcral para a abordagem cirúrgica direcionada e tratamento definitivo.

Este caso, insólito pela panóplia de restos alimentares presentes na loca abcedada, enquadrou-se no tratamento *standard* (sigmoidectomia com anastomose primária sem necessidade de encerramento do defeito vesical) e com resultado final gratificante.

A abordagem da patologia diverticular sofreu modificações consideráveis nos últimos anos, merecendo agora uma atitude menos interventiva e mais personalizada, conduta transversal a outras áreas da Cirurgia.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hwa-Yeon Yang, Woo-Young Sun, Taek-Gu Lee, Sang-Jeon Lee: A Case of Colovesical Fistula Induced by Sigmoid Diverticulitis. Journal of the Korean Society of Coloproctology, 2011: 27(2), 94-98;
2. Cirocchi R, La Mura F, Farinella E, Napolitano V, Milani D, Di Patrizi M.S, Trastulli S, Covarelli P, Sciannameo F: Colovesical fistulae in the sigmoid diverticulitis. G. Chir, Novembre-Dicembre 2009: Vol.30, nº 11/12, 490-492;
3. Fazio V.W, Church J.M, Delaney C.P: Diverticulitis and Fistula. Current Therapy in Colon and Rectal Surgery, Second Edition, 2005: Chapter 52, 297-300;
4. Regenbogen S.E, Hardiman K.M, Hendren S, Morris A.M: Surgery for Diverticulitis in the 21st Century – A Systematic Review. JAMA Surgery, March 2014: Vol.149, nº3;
5. Feingold D, Steele S.R, Lee S, Kaiser A, Boushey R, Buie W.D, Rafferty J.F: Practice Parameters for the Treatment of Sigmoid Diverticulitis. Dis Colon Rectum, 2014: 57, 284-294;

Correspondência:

RITA MARQUES

e-mail: ritaabreumarques@gmail.com

Data de recepção do artigo:

24/10/2014

Data de aceitação do artigo:

19/01/2016

