

# Tratamiento laparoscópico de fístula colovaginal de origen diverticular



[https://youtu.be/sM\\_tfDhVL5c](https://youtu.be/sM_tfDhVL5c)

Javier Chinelli, Mario Almada, Eugenia Falero, Gustavo Rodríguez  
Clínica Quirúrgica 2, Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay

**Palabras clave:** fístula colovaginal, enfermedad diverticular, cirugía laparoscópica  
**Keywords:** colovaginal fistula, diverticular disease, laparoscopic surgery

## INTRODUCCIÓN

La colopatía diverticular es una condición de alta prevalencia, sobre todo en mayores de 65 años.<sup>1</sup> La mayoría de los episodios suelen ser simples, sin embargo, hasta un 14% de las diverticulitis complicadas pueden evolucionar a la constitución de una fístula, siendo la más frecuente la colovesical.<sup>2-4</sup> La fístula colovaginal, por su parte, suele aparecer en pacientes hysterectomizadas, debido a la ausencia de interposición uterina.

## DESCRIPCIÓN

Paciente de sexo femenino, 73 años, con antecedentes quirúrgicos de quistoadnectomía hepática laparoscópica e hysterectomía. Historia de 1 año de disuria y tenesmo vesical, refiriendo además expulsión de gases y materia fecal por la vagina. Del examen físico destaca un índice de masa corporal (IMC) de 40, ausencia de tumoración abdominal palpable e irregularidad de la cúpula vaginal, sin orificio fistuloso evidente a la colposcopia. Se realizó una videocolonoscopia que no progresó más allá de la unión rectosigmoidea por angulación fija (biopsias sin malignidad) y una radiología contrastada que descartó patología colónica sincrónica. La tomografía computada mostró un sigmoides diverticular en estrecho contacto con la vejiga y gas intravaginal, así como

una leve dilatación proximal. Se planificó una exploración laparoscópica, sin preparación colónica mecánica.

El procedimiento comienza con la adhesiolisis del delgado, continuando con un abordaje de medial a lateral, identificando el uréter izquierdo en un sector alejado del proceso inflamatorio y seccionando el pedículo hemorroidal superior en su origen. Prosigue con la movilización lateral del sigmoides, que presenta adherencias firmes al sector bajo de la vejiga -próximo a la entrada del uréter izquierdo- y a la cúpula vaginal, las que se liberan cuidadosamente. El proceso inflamatorio crónico determina asimismo adherencias del colon sigmoides a la unión rectosigmoidea y a la cara anterior del recto alto. Una vez resueltas, se logra exponer el sector adecuado para la transección distal. Dado el importante componente inflamatorio local, el tiempo operatorio (4 h) y la estenosis asociada, se decidió diferir la realización de la anastomosis colorrectal, extrayendo la pieza a través de una ampliación del puerto en la fosa ilíaca izquierda, donde también se emplazó el ostoma, previo marcado preoperatorio. La instilación de una dilución de azul de metileno intravaginal e intravesical no evidenció fugas, culminando el procedimiento con un drenaje pelviano y sonda vesical.

La evolución postoperatoria fue buena, sin complicaciones, retirándose el drenaje y la sonda vesical al 7° día postoperatorio. El estudio anatomopatológico de la pieza concluyó que se trataba de una enfermedad diverticular, sin malignidad.

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Javier Chinelli:** [jchinelli01@gmail.com](mailto:jchinelli01@gmail.com)  
Fecha recepción: 2/12/2024 Fecha aprobación: 15/1/2025

Javier Chinelli: <https://orcid.org/0000-0002-3387-7365>, Mario Almada: <https://orcid.org/0000-0002-4655-2789>, Eugenia Falero: <https://orcid.org/0009-0007-2343-8389>, Gustavo Rodríguez: <https://orcid.org/0000-0003-3465-8364>

## CONCLUSIONES

El tratamiento de la fístula colovaginal de origen diverticular es quirúrgico. El abordaje laparoscópico es factible y seguro, aunque técnicamente desafiante, debido al gran proceso inflamatorio que suele encontrarse.

## REFERENCIAS

1. Onur MR, Akpinar E, Karaosmanoglu AD, Isayev C, Karcaaltincaba M. Diverticulitis: a comprehensive review with usual and unusual complications. *Insights Imaging*. 2017;8(1):19-27.
2. Chinelli J, Ximenez V, Brandolino S, Rodriguez G. Laparoscopic repair of a colovesical fistula secondary to diverticular disease - a video vignette. *Colorectal Dis*. 2023;25(5):1053-54.
3. DeLeon MF, Sapci I, Akeel NY, Holubar SD, Stocchi L, Hull TL. Diverticular Colovaginal Fistulas: What Factors Contribute to Successful Surgical Management? *Dis Colon Rectum*. 2019;62(9):1079-84.
4. Marcucci T, Giannessi S, Giudici F, Riccadonna S, Gori A, Tonelli F. Management of colovesical and colovaginal diverticular fistulas. Our experience and literature reviewed. *Ann Ital Chir*. 2017;88:55-61.