



**DOI:** 10.26820/reciamuc/9.(2).abril.2025.360-366

**URL:** <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1568>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIAMUC

**ISSN:** 2588-0748

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de revisión

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 360-366



## Fístulas enterovesicales: diagnóstico y tratamiento quirúrgico integral entre urología y cirugía general

Enterovesical fistulas: diagnosis and comprehensive surgical treatment between urology and general surgery

Fístulas entero-vesicais: diagnóstico e tratamento cirúrgico abrangente entre a urologia e a cirurgia geral

**Erick Steef Velasco Vera<sup>1</sup>; Kevin Alfredo Mata Pillajo<sup>2</sup>; Evelyn Adriana Guamán Maridueña<sup>3</sup>; José Andrés Martínez Gutiérrez<sup>4</sup>**

**RECIBIDO:** 05/01/2025 **ACEPTADO:** 15/03/2025 **PUBLICADO:** 03/06/2025

1. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; [erick.velasco.vera@outlook.com](mailto:erick.velasco.vera@outlook.com);  <https://orcid.org/0009-0008-1087-9051>
2. Maestría en Seguridad y Salud Ocupacional; Médico General; Médico Ocupacional en Naturisa S.A; Guayaquil, Ecuador; [dr\\_kevinmata@hotmail.com](mailto:dr_kevinmata@hotmail.com);  <https://orcid.org/0009-0009-1628-4662>
3. Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud; Médica; Médica General en Funciones Hospitalarias; Investigadora Independiente; El Triunfo, Ecuador; [eguamanczs5@gmail.com](mailto:eguamanczs5@gmail.com);  <https://orcid.org/0009-0004-7139-9853>
4. Médico; Posgradista en Cirugía General en la Universidad Católica del Ecuador; Ambato, Ecuador; [jose\\_andres009@hotmail.es](mailto:jose_andres009@hotmail.es);  <https://orcid.org/0000-0002-6142-9447>

### CORRESPONDENCIA

**Erick Steef Velasco Vera**

[erick.velasco.vera@outlook.com](mailto:erick.velasco.vera@outlook.com)

**Guayaquil, Ecuador**

## RESUMEN

Las fístulas enterovesicales son conexiones anómalas que se forman entre el tracto intestinal y la vejiga urinaria, siendo generalmente resultantes de procesos inflamatorios, infecciosos o patológicos en el colon, el recto o el intestino delgado. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica que abarcó la literatura publicada sobre fístulas enterovesicales, centrándose específicamente en su diagnóstico y el enfoque de tratamiento quirúrgico integral entre las especialidades de urología y cirugía general. La búsqueda se realizó en bases de datos científicas como PubMed, Scopus y Google Scholar. Se seleccionaron y analizaron artículos originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías clínicas que abordaran la etiología, las herramientas diagnósticas, manejo quirúrgico. Se priorizaron las publicaciones de los últimos 20 años para asegurar la pertinencia y actualización de la información. La colaboración multidisciplinaria entre urología y cirugía general es esencial para abordar integralmente estos casos, el tratamiento quirúrgico exitoso implica una estrategia personalizada que incluya la resección del segmento intestinal afectado, la reparación de la fístula y la reconstrucción de la vejiga, buscando reducir las complicaciones y favorecer una recuperación satisfactoria.

**Palabras clave:** Fístula enterovesical, Diagnóstico, Tratamiento quirúrgico, Urología, Cirugía general.

## ABSTRACT

Enterovesical fistulas are abnormal connections that form between the intestinal tract and the urinary bladder, typically resulting from inflammatory, infectious, or pathological processes in the colon, rectum, or small intestine. A literature review was conducted, covering published articles on enterovesical fistulas, with a specific focus on their diagnosis and the comprehensive surgical treatment approach involving the specialties of urology and general surgery. The search was performed in scientific databases such as PubMed, Scopus, and Google Scholar. Original articles, systematic reviews, meta-analyses, and clinical guidelines addressing the etiology, diagnostic tools, and surgical management were selected and analyzed. Publications from the last 20 years were prioritized to ensure the relevance and currency of the information. Multidisciplinary collaboration between urology and general surgery is essential for comprehensively addressing these cases. Successful surgical treatment involves a personalized strategy that includes resection of the affected intestinal segment, fistula repair, and bladder reconstruction, aiming to reduce complications and promote satisfactory recovery.

**Keywords:** Enterovesical fistula, Diagnosis, Surgical treatment, Urology, General surgery.

## RESUMO

As fístulas enterovesicais são conexões anormais que se formam entre o trato intestinal e a bexiga urinária, geralmente resultantes de processos inflamatórios, infecciosos ou patológicos no cólon, reto ou intestino delgado. Foi realizada uma revisão da literatura, abrangendo artigos publicados sobre fístulas enterovesicais, com foco específico no seu diagnóstico e na abordagem cirúrgica abrangente envolvendo as especialidades de urologia e cirurgia geral. A pesquisa foi realizada em bases de dados científicas, como PubMed, Scopus e Google Scholar. Foram selecionados e analisados artigos originais, revisões sistemáticas, meta-análises e diretrizes clínicas que abordavam a etiologia, as ferramentas de diagnóstico e o tratamento cirúrgico. As publicações dos últimos 20 anos foram priorizadas para garantir a relevância e a atualidade das informações. A colaboração multidisciplinar entre urologia e cirurgia geral é essencial para abordar esses casos de forma abrangente. O tratamento cirúrgico bem-sucedido envolve uma estratégia personalizada que inclui a ressecção do segmento intestinal afetado, a reparação da fístula e a reconstrução da bexiga, com o objetivo de reduzir complicações e promover uma recuperação satisfatória.

**Palavras-chave:** Fístula enterovesical, Diagnóstico, Tratamento cirúrgico, Urologia, Cirurgia geral.

## Introducción

La fístula enterovesical (FEV) es una comunicación entre el intestino y la vejiga. Durante el siglo XIX ocurría como complicación de tuberculosis, amebiasis y sífilis. Actualmente, suele ser causada por diverticulitis, carcinoma colorrectal, enfermedad de Crohn, cáncer de vejiga o procedimientos quirúrgicos (1). En los países occidentales, la causa principal es la diverticulitis intestinal (50-70%), y casi todos los casos están asociados con fístulas colónicas o vesicales. La segunda causa más frecuente en los países occidentales son los tumores malignos (20%), que se localizan principalmente en el intestino. Otros tumores asociados incluyen cáncer de vejiga, cervical, ovárico y de próstata, así como el linfoma no Hodgkin del intestino delgado. La tercera causa más prevalente es la enfermedad de Crohn (10%), que ocurre principalmente en el íleon. En China, la causa más común de fístula enterovesical son los tumores malignos del intestino, y los sitios más comunes son el colon sigmoide y la vejiga, porque los tumores y la diverticulitis tienden a encontrarse en el colon sigmoide (2). La incidencia de fístulas en pacientes con enfermedad diverticular, la causa más común de la fístula colovesical, se acepta que es del 2% (3).



**Figura 1.** Cistografía en la que se evidencia como al introducir contraste por la sonda vesical se rellena un asa de intestino delgado

**Fuente:** Cano-Valderrama et al (4).

Las fístulas enterovesicales (FEV) representan una dolencia poco frecuente, siendo la causa de un ingreso por cada 3.000 pacientes de un hospital (4). Las fístulas colovesicales son más comunes en hombres, con una proporción hombre-mujer de 3:1. Se cree que la menor incidencia en mujeres se debe a la interposición del útero y los anexos entre la vejiga y el colon. En las mujeres, otros tipos de fístulas (típicamente iatrogénicas, como las enterovaginales, ureterovaginales y vesicovaginales) son más comunes que las fístulas colovesicales. Las mujeres que presentan fístulas colovesicales suelen ser mayores y/o tienen antecedentes de histerectomía. La atrofia o ausencia uterina pueden ser etiologías predisponentes (5).

## Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica que abarcó la literatura publicada sobre fístulas enterovesicales, centrándose específicamente en su diagnóstico y el enfoque de tratamiento quirúrgico integral entre las especialidades de urología y cirugía general. La búsqueda se realizó en bases de datos científicas como PubMed, Scopus y Google Scholar, utilizando una combinación de palabras clave que incluyeron "fístula enterovesical", "diagnóstico", "tratamiento quirúrgico", "urología", "cirugía general", "manejo multidisciplinario" y "colaboración interquirúrgica". Se seleccionaron y analizaron artículos originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías clínicas que abordaran la etiología, las herramientas diagnósticas, manejo quirúrgico. Se priorizaron las publicaciones de los últimos 20 años para asegurar la pertinencia y actualización de la información.

## Resultados

### Tipos de fístulas enterovesicales

La clasificación de las fístulas enterovesicales (FEV) se basa en el segmento del intestino afectado. Todas las FEV se pueden dividir en las siguientes cuatro categorías principales:

- **Colovesicales:** Son la forma más común de fístula vesicointestinal y se localizan con mayor frecuencia entre el colon sigmoide y la cúpula de la vejiga.
- **Rectovesicales:** Incluyen también las rectouretrales y se observan a menudo en el postoperatorio (por ejemplo, después de una prostatectomía).
- **Ileovesicales:** Implican el íleon.
- **Apendicovesicales:** Involucran el apéndice (6).

Una consideración clave para determinar el manejo óptimo de las FEV no es solo el punto final del trayecto fistuloso, sino también la complejidad de la fístula en sí misma (6).

#### **Clasificación por complejidad**

- Las fístulas enterovesicales simples sue-

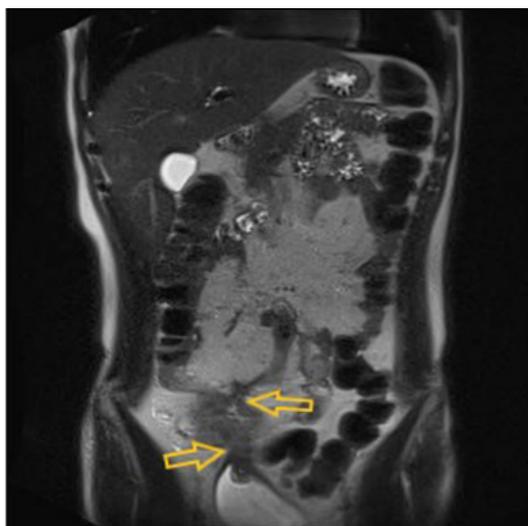
len ser pequeñas, únicas y ocurren en tejido no irradiado.

- Las FEV complejas son más grandes, tienen múltiples trayectos, a menudo se desarrollan en tejido previamente irradiado y comúnmente están acompañadas de un absceso pélvico o una obstrucción colónica (6).

#### **Clínica**

La clínica de las fístulas es independiente de su etiología en la mayoría de los casos. Los síntomas urinarios dominan el cuadro. Fecaluria y neumaturia son elementos patognomónicos, pero no están siempre presentes (50% de los casos aproximadamente). Las alteraciones del tránsito digestivo son inespecíficas (7).

#### **Diagnóstico**



**Figura 2.** Imagen de Resonancia Magnética Nuclear pélvica (corte coronal), demostrando el trayecto fistuloso entre la vejiga y el colon sigmoide (flecha amarilla)

**Fuente:** Junior et al (8).

El diagnóstico de la FEV presenta un desafío significativo. En la mayoría de los casos, los pacientes son observados durante meses antes de que se conozca la condición y se trate eficazmente. Por lo tanto, esta condición causa una morbilidad sustancial y disminuye la

calidad de vida de los pacientes (9). La evaluación de las fístulas enterovesicales (FEV) implica una serie de pasos esenciales para garantizar un diagnóstico preciso y una planificación de tratamiento efectiva. Los objetivos principales de esta evaluación son:

- Confirmar el diagnóstico.
- Caracterizar el sitio, tamaño y complejidad de la fístula.
- Identificar la patología subyacente si esta es desconocida.
- Planificar el manejo adecuado.
- Reevaluar y seguir la progresión de la condición (10).

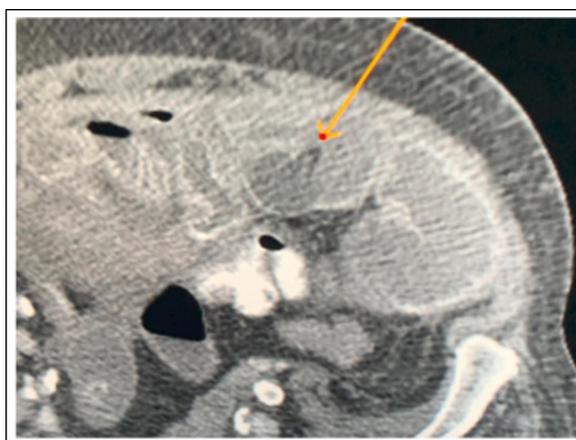
La práctica clínica habitual sugiere comenzar con pruebas sencillas y luego ajustar el

resto de la investigación según sea necesario. Confirmar el diagnóstico no suele ser difícil y se logra generalmente con estudios de imagen (10).

### Modalidades de evaluación

Además de la evaluación clínica que incluye una historia médica completa y un examen físico adecuado, se dispone de las siguientes modalidades para evaluar las fístulas enterovesicales:

### Imagenología



**Figura 3.** Tomografía computarizada (TC) de fístula enterovesical (flecha amarilla)

**Fuente:** Hobday et al (11).

La imagenología con contraste gastrointestinal que atraviesa la fístula hacia la vejiga proporciona una confirmación satisfactoria. En ocasiones, el contraste no se observa en la fístula misma, pero sí en el órgano final (la vejiga).

Una serie de tránsito intestinal (conocida como "small bowel follow-through") o un enema de contraste pueden proporcionar esta confirmación.

La tomografía computarizada (TC) ofrece más detalles sobre los tejidos circundantes y la propia fístula, siendo muy útil para la planificación del tratamiento quirúrgico (10). La tomografía computarizada (TC) ha reemplazado en gran medida a la radiolo-

gía convencional y se considera la prueba más sensible para la fístula enterovesical. La TC es un método clave, ya que se realiza rápidamente, está generalmente disponible y es ideal para pacientes ancianos y gravemente enfermos. La administración de un agente de contraste enteral es necesaria para la visualización del trayecto fistuloso (11).

La resonancia magnética (RM) puede ser necesaria en fístulas sutiles o difíciles de diagnosticar. Tiene la ventaja de una mejor caracterización de los tejidos blandos y es particularmente útil en fístulas complejas, como las asociadas con la enfermedad de Crohn complicada (10).

## **Endoscopia**

La cistoscopia (para examinar la vejiga) o la colonoscopia (en el caso de fístulas colovesicales) son útiles para identificar el sitio de la fístula en la mucosa del órgano examinado. Una pequeña área de mucosa inflamada, enrojecida y posiblemente elevada es un signo de un posible trayecto fistuloso. A menos que la fístula sea muy ancha, suele ser difícil visualizar su lumen endoscópicamente (10).

La endoscopia también puede proporcionar información adicional sobre la enfermedad subyacente, como en casos de malignidad o enfermedad de Crohn. Las fístulas pueden ser un hallazgo incidental durante una endoscopia realizada por otras razones. En estas situaciones, se requieren investigaciones adicionales para un diagnóstico y plan de manejo completos (10).

## **Tratamiento**

El objetivo principal del tratamiento para una fístula enterovesical es la corrección de líquidos y electrolitos, y el control de la infección (11).

En cuanto al tratamiento surge claramente del análisis de la literatura que estamos ante una patología de clara indicación quirúrgica. De no resolverse los enfermos de esta forma, su evolución es a las complicaciones infecciosas, en especial urinarias, y a la sepsis. No surgen alternativas terapéuticas serias a la cirugía. La táctica a emplear y la oportunidad estarán condicionadas por el tipo de fístula y su etiología. También influyen la edad y el estado general del paciente. De todos modos, surge claramente de los distintos trabajos publicados que la cirugía en un tiempo es actualmente el standard de oro para el manejo de estos pacientes siempre que sea posible (7).

Previamente a la intervención quirúrgica, en caso de existir infección, bien urinaria o abdominal, ésta deberá tratarse con el tratamiento antibiótico indicado. El tratamiento

antibiótico debe cubrir la flora colónica por lo que suele utilizarse una quinolona con metronidazol o amoxicilina-clavulánico. La extensión de la resección quirúrgica depende de la extensión de la fístula, la localización y la etiología de ésta. La recurrencia postoperatoria es poco común. En caso de que la etiología sea benigna (diverticulitis, enfermedad de Crohn, otras enfermedades inflamatorias...) la resección intestinal del segmento enfermo seguido de anastomosis primaria es lo que suele llevarse a cabo. En ciertos casos como en abscesos grandes, en fugas anastomóticas con contaminación fecal, radioterapia pélvica previa hay que realizar la intervención quirúrgica en varias etapas. En el caso de la diverticulitis cada vez se realizan más intervenciones por medio de laparoscopia. En un metaanálisis de 2021 sobre la cirugía laparoscópica en FCV se observó que dichos pacientes presentaban una estancia hospitalaria menor y no se observaron diferencias significativas en la tasa de fuga anastomótica, en la mortalidad o infección del sitio quirúrgico. En el caso de que la causa de la FCV sea una neoplasia de colon o de vejiga se requiere una resección de las porciones afectadas de dichos órganos además del tratamiento oncológico adicional en función del estadiaje de la neoplasia (12).

## **Conclusión**

Las fístulas enterovesicales representan una complicación importante que requiere un diagnóstico preciso y oportuno para evitar riesgos de infecciones recurrentes y complicaciones graves. La colaboración multidisciplinaria entre urología y cirugía general es esencial para abordar integralmente estos casos, mediante la utilización de técnicas de imagen como la tomografía axial computarizada (TC) y la cistografía, además de una evaluación clínica detallada. El tratamiento quirúrgico exitoso implica una estrategia personalizada que incluya la resección del segmento intestinal afectado, la reparación de la fístula y la reconstrucción de la vejiga, buscando reducir las

complicaciones y favorecer una recuperación satisfactoria. La coordinación temprana y efectiva entre las especialidades mejora significativamente las tasas de éxito, disminuye la recurrencia y previene complicaciones postoperatorias.

## Bibliografía

Ávila E, Sepúlveda RA, Ruedi C, Muñoz F, Andresen M. Trastorno grave del medio interno por fístula enterovesical, a propósito de un caso clínico. *Rev Med Chil* [Internet]. 2022 Jan;150(1):120–4. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872022000100120&lng=en&nrm=iso&tIng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872022000100120&lng=en&nrm=iso&tIng=en)

Li S, Chen Z, Zhang Q, Huang C, Wang Z, Du S. Four cases of enterovesical fistula and the importance of CT in the diagnosis. *BJR|case reports* [Internet]. 2017 Mar;3(1):20150124. Available from: <https://academic.oup.com/bjrcr/article/7244270>

Suárez-Grau JM, Bellido-Luque JA, Pastrana-Mejía A, Gómez-Menchero J, Luis García-Moreno J, Durán-Ferreras I, et al. Resección de fístula enterovesical (íleon terminal y colon sigmoides) de origen tuberculoso mediante abordaje laparoscópico. *REV ESP ENFERM DIG*. 2012;104(7):394–5.

Cano-Valderrama T, Domínguez-Serrano I, Esteban Collazo F, Torres García AJ, Cerdán Miguel J. Fístula enterovesical provocada por una sonda vesical permanente. *c i r e s p*. 2012;90(8):535–7.

Basler J. Enterovesical Fistula. *emedicine* [Internet]. 2024; Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/442000-overview#a7>

Golabek T, Szymanska A, Szopinski T, Bukowczan J, Furmanek M, Powroznik J, et al. Enterovesical Fistulae: Aetiology, Imaging, and Management. *Gastroenterol Res Pract* [Internet]. 2013;1–8. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/grp/2013/617967/>

Barberousse C, Santiago P, Rodríguez P. Fístulas enterovesicales adquiridas. *CIR URUGUAY*. 2006;76(2):142–51.

Junior RFF, López SG, Rodríguez MDLÁP. Fístula entero-vesical: a propósito de un caso. *Eur J Heal Res*. 2022;8(1).

Widia F, Firman M, Irdam GA, Syaiful RA. A six years' experience with 41 cases of enterovesical fistula in a Tertiary National Hospital in Indonesia: A retrospective study. *Ann Med Surg* [Internet]. 2022 Jan;73. Available from: <https://journals.lww.com/10.1016/j.amsu.2021.103102>

Shaydakov ME, Pastorino A, Tuma F. Enterovesical Fistula [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls [Internet]; 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532936/>

Hobday A, Chung M, Rola D, Zacharias B, Potdar S. Enterovesical fistula as an iatrogenic complication of foley catheter use: A case report. *Urol Case Reports* [Internet]. 2022 Jul;43:102065. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214442022000778>

Sánchez Salamero M, Puyuelo Martínez G, Martínez Mihara MS, Canales Barrón N, Canales Villa SP, Campos Pícontó ET. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la fístula enterovesical. *Rev Sanit Investig* [Internet]. 2024; Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/actualizacion-en-el-diagnostico-y-tratamiento-de-la-fistula-enterovesical/>



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

## CITAR ESTE ARTICULO:

Velasco Vera, E. S., Mata Pillajo, K. A. ., Guamán Maridueña, E. A., & Martínez Gutiérrez, J. A. (2025). Fístulas enterovesicales: diagnóstico y tratamiento quirúrgico integral entre urología y cirugía general. *RECIAMUC*, 9(2), 360-366. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/9.\(2\).abril.2025.360-366](https://doi.org/10.26820/reciamuc/9.(2).abril.2025.360-366)