**Título: Fístula enterovesical: Relato de caso de desafio diagnóstico em paciente jovem**

**Autor Correspondente:**

Leonardo Isolani e Andrade¹

**Email**: leonardoisolani@hotmail.com

¹ Residente de Cirurgia Geral pelo Hospital Alberto Cavalcanti, FHEMIG, Brasil, 2025.

**Palavras-chave:** Fístula colovesical, Câncer colorretal, Cirurgia Oncológica

**Introdução:** As fístulas enterovesicais são comunicações anormais entre uma alça intestinal e a bexiga.1,2 Estas são relativamente raras e suas principais causas são decorrentes de doenças inflamatórias intestinais, como doença de Crohn, doença diverticular, complicações de cirurgias prévias, neoplasias e iatrogenias.1,2,3,4 A apresentação geralmente se baseia em sintomas como infecções do trato urinário recorrentes e fecalúria.3,4 **Objetivo:** Relatar o caso da condução de um caso de fístula êntero-vesical em hospital oncológico de Belo Horizonte. **Método:** Estudo descritivo constando de relato de caso e revisão de literatura nas bases eletrônicas de dados da Pubmed e da American Society of Clinical Oncology (ASCO). **Discussão:** Paciente feminina, 37 anos, apresentando quadro arrastado de dor abdominal há mais de 3 meses, associada a disúria e hematúria. Realizada extensão propedêutica com exames de imagem para elucidação diagnóstica. Tomografia de abdome mostrou formação hipodensa de captação heterogênea, com focos líquidos e aéreos de permeio, localizada na pelve, medindo cerca de 8,5 x 10,2 x 8,4 cm (volume 480 cm³), associado a presença de focos gasosos em bexiga. Foram levantadas as hipóteses de neoplasia de ovário e apendicite complicada, associado a fístula enterovesical. Foi realizada uma colonoscopia, que mostrou lesão irregular friável no cólon ascendente, com AP de colite crônica inespecífica. À cistoscopia, notou-se lesão exofítica em teto da bexiga, de aspecto bolhoso, com saída de secreção fecalóide de entremeio. Optado pela laparotomia diagnóstica/terapêutica, sendo evidenciada a pelve obliterada por bloqueio de alças intestinais, ceco e omento, firmemente aderidos à bexiga, prosseguindo com liberação das aderências, dissecção do cólon direito e do íleo distal e ressecção em bloco da massa em região de ceco, envolvendo a trompa e os ovário direitos associado a transecção vesical ao redor da fístula, realizando cistectomia parcial com cistorrafia e anastomose ileocólica. Paciente evoluiu bem no pós operatório, recebendo alta hospitalar precoce com sonda vesical. Anatomopatológico definiu como adenocarcinoma de cólon medindo 9,0 cm de maior eixo infiltrando a região ileocecal e alcança segmento intestinal adjacente e parede muscular da bexiga, hiperplasia linfoide com metástase em 07/16 linfonodos (estadiamento ⁠pT4b pN2b). **Conclusão:** Este caso destaca a importância da avaliação minuciosa e dos diagnósticos diferenciais das fístulas enterovesicais.

**Referências:**

1. Kavanagh D, Neary P, Dodd JD, Sheahan KM, O’Donoghue D, Hyland JMP. Diagnosis and treatment of enterovesical fistulae. Colorectal Disease. 2005 May;7(3):286–91.
2. Castillo OA, Foneron A, Gonzalo V, Francisco ST. Fístulas colovesicales: análisis de 7 casos. Rev chil urol [Internet]. 2025 [cited 2025 Mar 29];337–42.
3. Dong C, Pan X, Wei L, Man X, Zhou Z, Huang Y, et al. Colon cancer with colovesical fistula: A report of four cases and a literature review. Oncol Lett [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 29];158–8.
4. Cavalcanti NS, Silva LLC da, Silva LS da, Fonseca LAC da, Alexandre C da S. Recurrent urinary tract infection due to enterovesical fistula secondary to colon diverticular disease: a case report. Jornal Brasileiro de Nefrologia. 2013;35(4):341–5.