

FÍSTULA VESICOUTERINA

REPORTE DE UN CASO.

Autores: Enrique David Estrella Salas¹, Daniela Alejandra Burciaga Guevara², Rocío Margarita Zaragoza Torres¹, Mónica Lizeth Grijalva Saavedra², Yesenia Campos Flores², Dulce María Rosette Cortés², Carlos Armando Cuevas Félix², Luis Daniel Salgado Lozada²,

¹ Médico Adscrito al Servicio Urología Ginecológica CMNO. ² Residente Sub Especialidad en Urología Ginecológica CMNO.

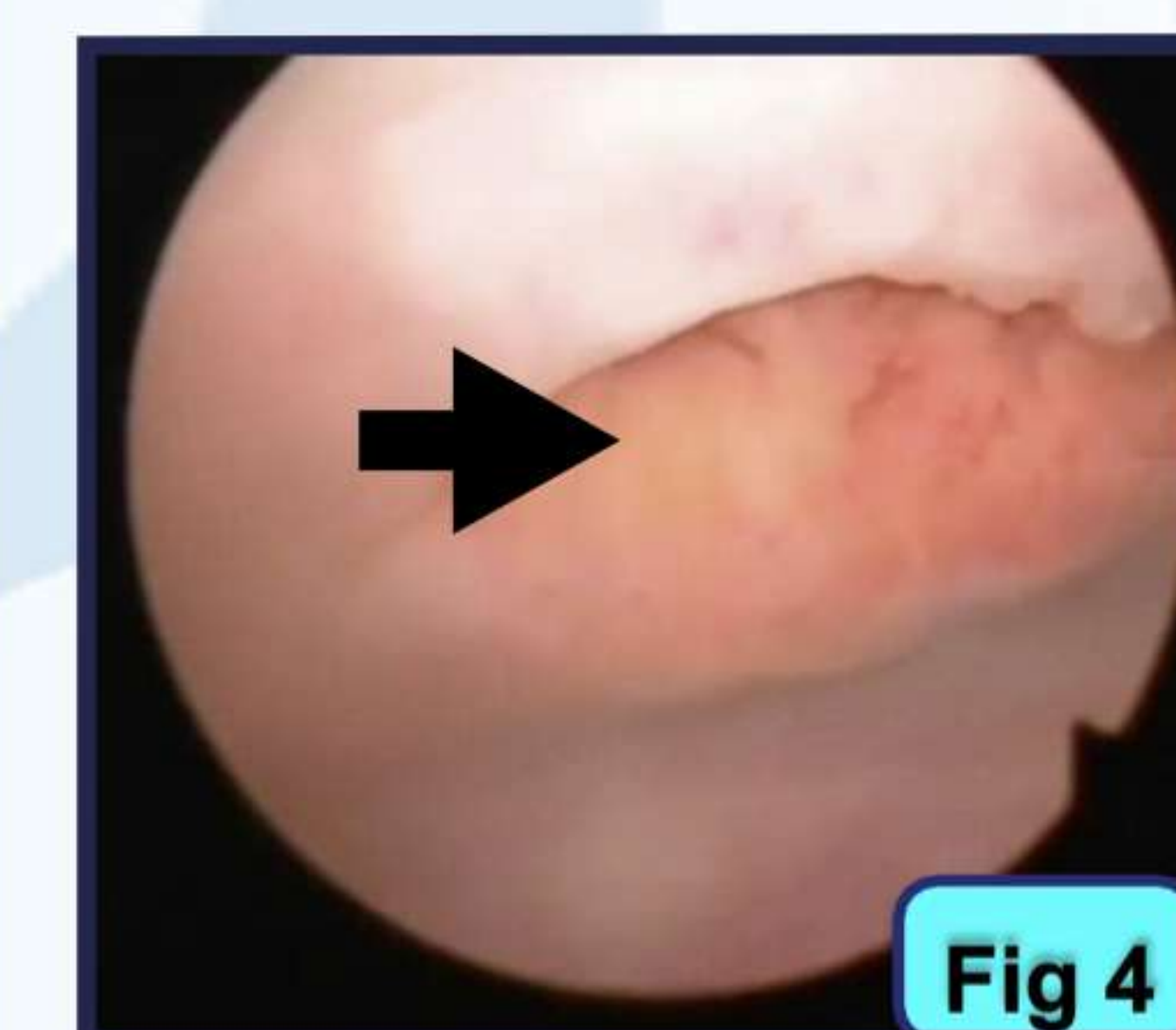
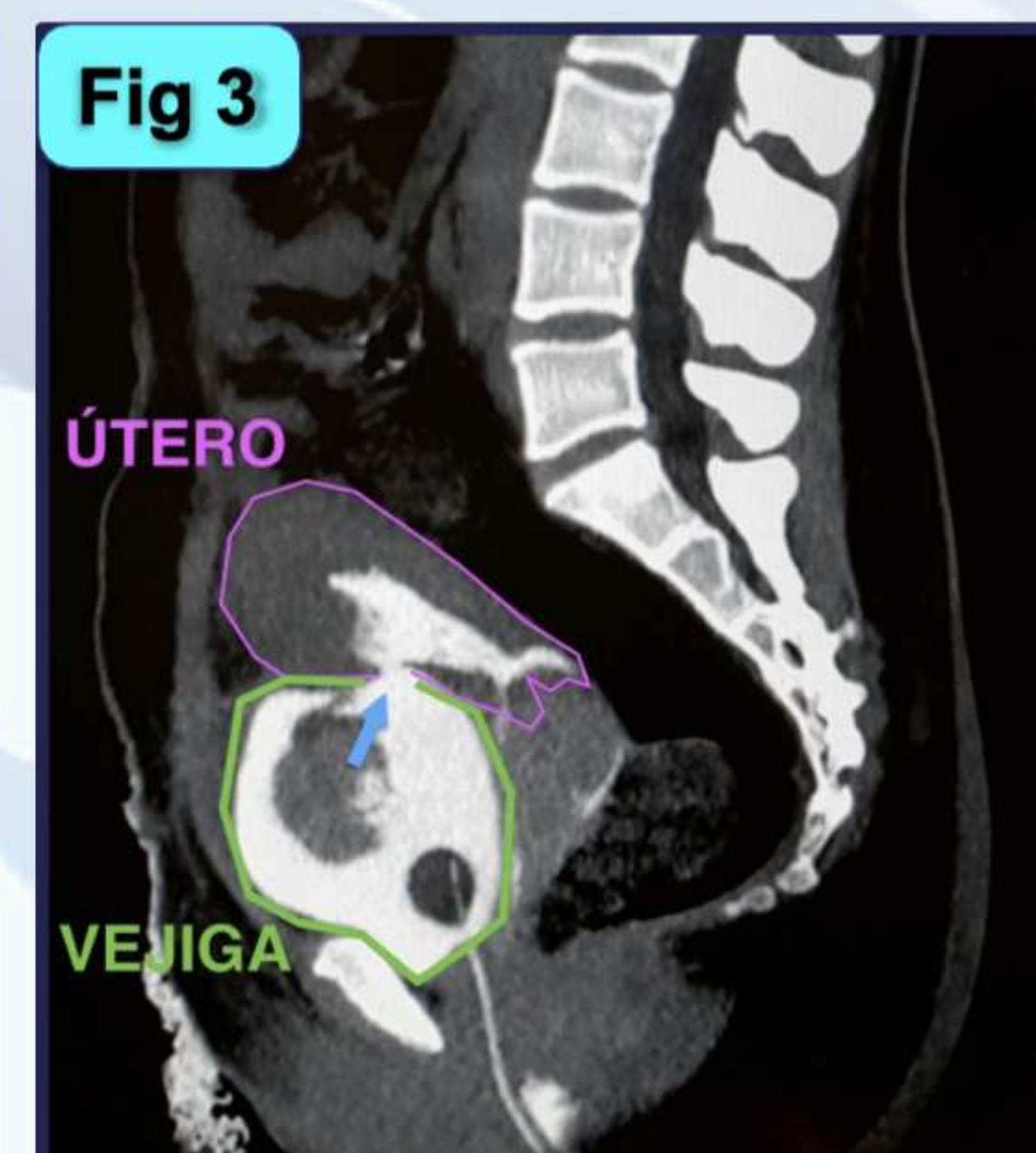
INTRODUCCIÓN

Las fistulas del tracto urogenital femenino son complicaciones infrecuentes de maniobras obstétricas, patologías pélvicas o del tratamiento de las mismas. La fistula vesicouterina (VU) se define como la comunicación anormal entre la vejiga y la cavidad uterina o el canal cervical, es la menos común de todas las fistulas urinarias, corresponden a este tipo, un porcentaje menor al 1-4 %.¹

Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura acerca de una fistula VU posterior a realización de cesárea.

CASO CLÍNICO

Paciente de 32 años, G3C2, sometida a cesárea de urgencia por trabajo de parto y antecedente de 2 cesáreas previas, hallazgos; se realizó histerotomía Kerr, adherencias de epilón a útero y vejiga, se obtiene recién nacido de 35 SDG peso 2440g. Se mantiene con sonda transuretral las primeras 12 horas, egresa a los 3 días asintomática, al 6to día inicia con fiebre, sangrado transvaginal y hematuria, enviada a nuestra unidad al 9no día de puerperio; persistiendo con hematuria total, útero involucionado, especuloscopia; con integridad de paredes vaginales, salida abundante de loquios serohemáticos, no fétidos.



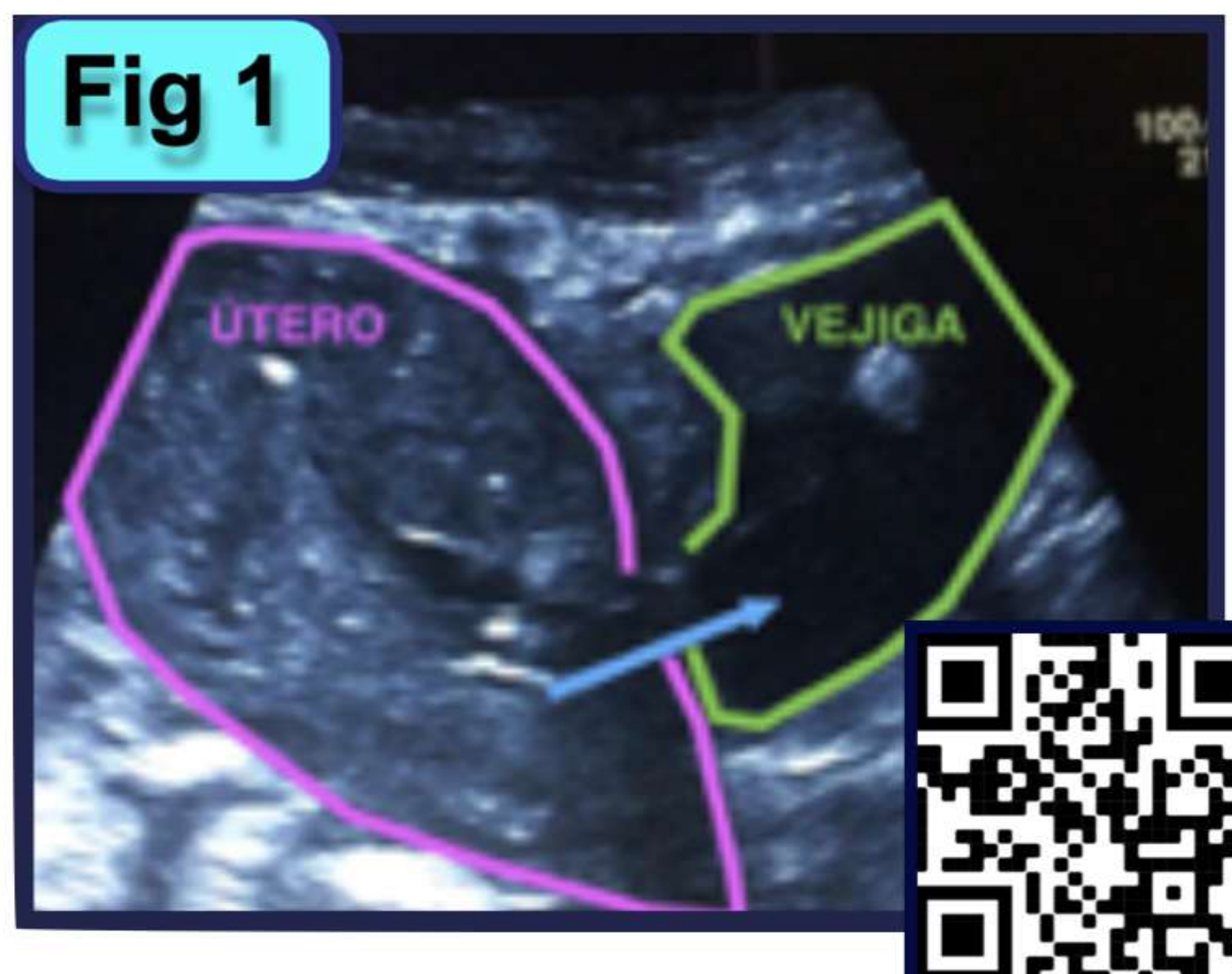
Se toma Ultrasonido reportan útero puerperal, imágenes ecomixtas a nivel de segmento uterino, se observa acumulación de liquido en cavidad endometrial el cual proyecta salida hacia vejiga. (fig 1) (escanear código QR para ver video)

UroTAC; comunicación entre cara posterior vesical e istmo uterino con base de 5.9 mm, pase de contraste hacia cavidad uterina y posterior salida por cervix hacia vagina. (fig 3) Se integra diagnóstico de fistula VU, clasificándose tipo II: fistula de flujo dual (Jozwik 2000).

Cistoscopia muestra orificio fistuloso de 10 mm de diámetro en cara posterior vesical a 3 cm de trigono con área extensa de edema, equidistante a meatos ureterales. (fig 2)

Completa 10 días de antibiótico con meropenem, aplicación de Leuprolide 3.75 mg DU). Egresa al 20vo día de puerperio, continúa con salida constante de orina por via vaginal; afebril, sin sangrado transvaginal. Cistoscopia al 70vo día; se localiza trayecto fistuloso sin edema, en su interior se observa tejido de apariencia macroscópica endometrial/glandular. (fig 4 flecha)

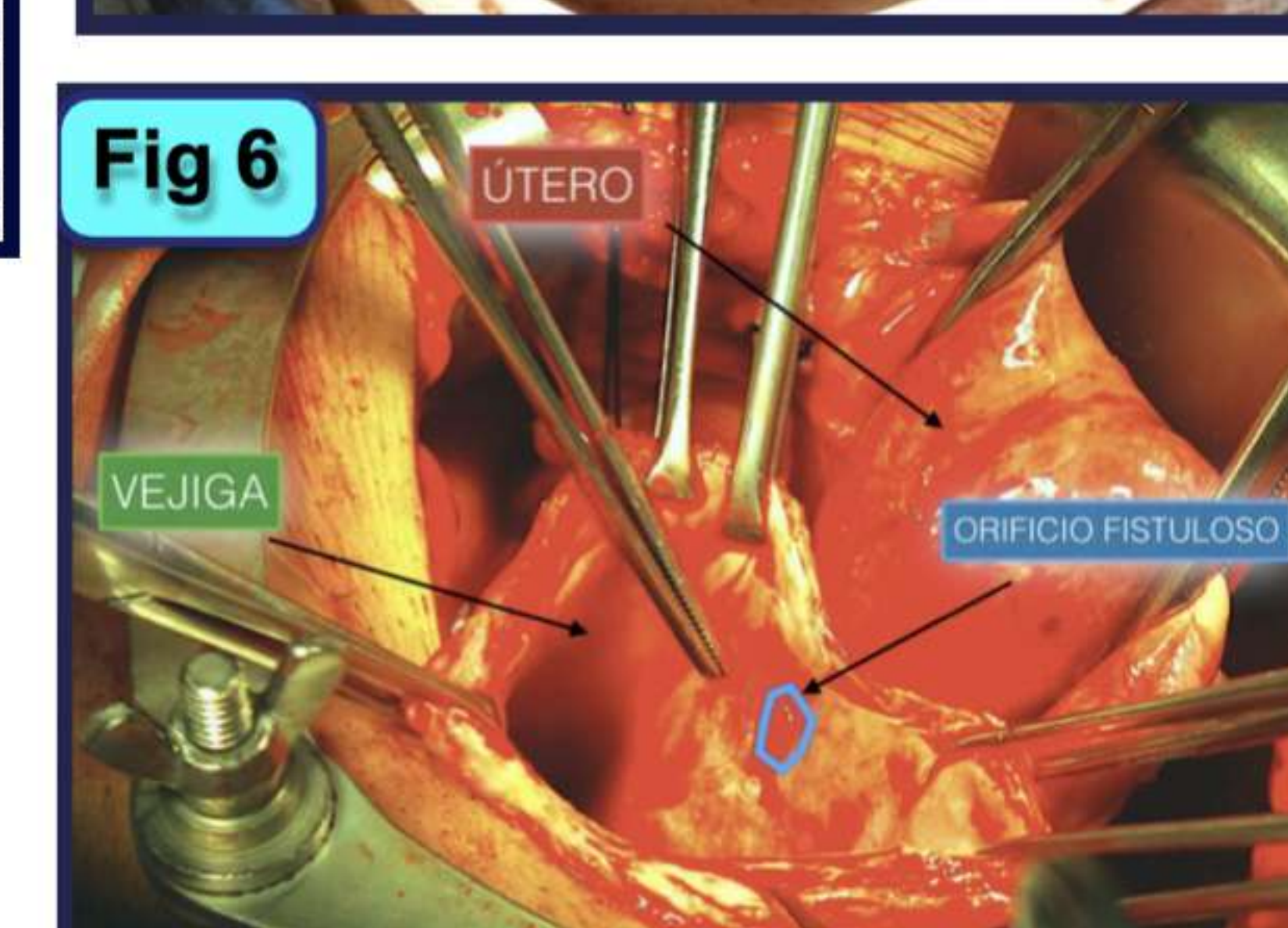
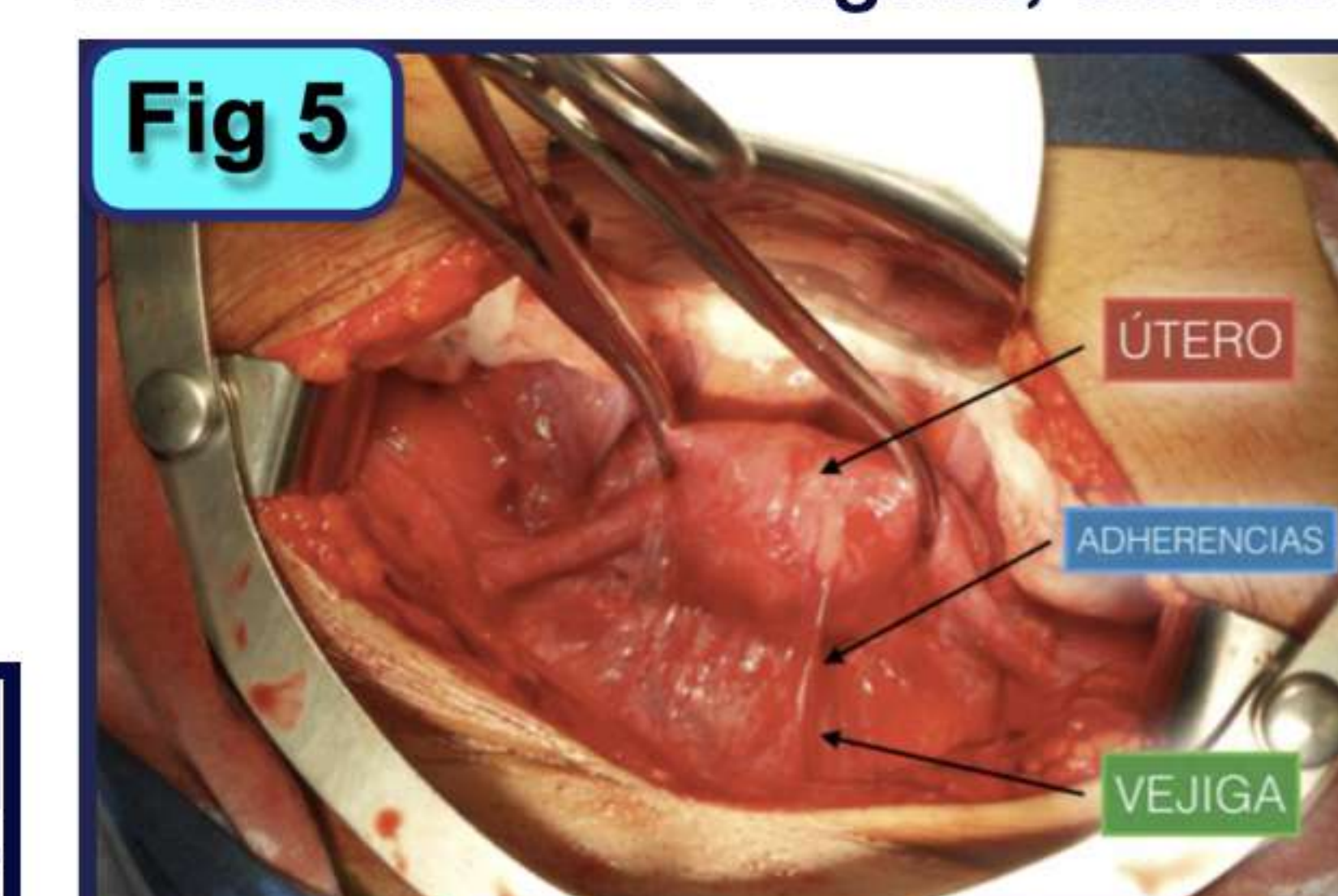
Realización de histerectomía intrafascial con fistuloplastia abdominal al 80vo día post cesárea; se encuentra cara anterior de útero con adherencias a vejiga (fig 5), efectuando adherenciólisis, posterior a ligadura de vasos uterinos se localiza unión entre istmos y vejiga, apertura vesical con resección de orificio fistuloso (fig 6), canalización ureteral, se completa histerectomía, cierre de cistostomía en 2 planos (1; mucosa/muscular, 2; muscular/serosa) colocación de catéter suprapúbico, se interpone colgajo de omento (fig 7), cierre de pared abdominal y colocación de catéter transuretral.



OBJETIVO

Seguimiento a los 7 días post operatorios se retira catéter transuretral, a las 3 semanas suprapúbico, y a las 4 semanas catéteres ureterales. Niega pérdidas orina por vía vaginal, micciones normales, reinicia actividad sexual a los 45 días. Seguimiento cistoscópico los 3 meses confirmando integridad vesical, linea cicatrizal sana, a los 8 meses volumen de orina residual de 10 ml, manteniéndose asintomática.

La fistula VU afecta principalmente mujeres jóvenes y suelen ser resultado de trauma obstétrico, especialmente durante una cesárea (hasta 83%),² son factores de riesgo; movilización inadecuada de la vejiga, disección extensa, inclusión de la vejiga durante la histerorrafia.² Se distinguen 3 tipos clínicos de fistulas VU (Jozwik 2000): Tipo I - menouria (síndrome Youssef). Tipo II flujo dual y Tipo III menstruación vaginal, siendo menos común las tipo II y III.³



Dentro del abordaje diagnóstico debe demostrarse la comunicación vejiga-útero, ya sea con urograma excretor, cistotograma, histerosalpingografía, urotomografía ó resonancia magnética, mientras que el ultrasonido puede ser de utilidad al diferenciar entre patrones de histerorrafia complicados.² Es necesaria la realización de cistoscopia para detectar la apertura de la fistula y su relación con los meatos ureterales.²

El 4-5 % de las fistulas VU cicatrizan espontáneamente, el tratamiento inicial consiente en drenaje vesical continuo y antibioticoterapia,⁴ si es reconocida en las primeras 72 hrs se propone manejo quirúrgico inmediato. Posterior a este periodo (presentación tardía) se recomienda; inducción de amenorrea por el riesgo de endometriosis vesical y manejo quirúrgico posterior a 6 semanas; una vez madurado el trayecto fistuloso; permitiendo disminución de la inflamación.⁵

Ante patología uterina, multiparidad, paridad satisfecha, o perimenopausia se recomienda histerectomía.⁵ El éxito quirúrgico va del 80-100 %, siendo mayor con abordajes transperitoneales y colocación de colgajo de omento.^{2,4} La prevención consiste en llevar a cabo cesáreas de forma meticulosa, atención a la anatomía, disección cuidadosa vesical y adecuado vaciamiento vesical preoperatorio.³

CONCLUSIÓN

En el caso presentado se obtuvo éxito con el manejo quirúrgico, el cual se pospuso hasta presentar resolución del edema y formación de cicatriz del trayecto fistuloso, siendo de elección un abordaje transperitoneal con colocación de colgajo de omento para prevenir recurrencia. El aumento en la tasa de cesáreas conlleva más complicaciones genitourinarias, la fistula VU al ser poco frecuente representa un reto diagnóstico y terapéutico, el efectuar un diagnóstico rápido y elegir el momento oportuno, así como el abordaje quirúrgico adecuado; mejorará el porcentaje de éxito y la calidad de vida de la paciente.

