

FÍSTULA VESICOVAGINAL COMPLEJA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Daniela Alejandra Burciaga Guevara², Enrique David Estrella Salas¹, 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 fístulas vesicovaginales (FVV) son comunicaciones anormales entre la vejiga y vagina, se clasifican como complejas aquellas con tamaño >2 cm, recurrentes a manejo quirúrgico, asociada a estructuras como uréter, uretra, cuello vesical, colon, recto, así como posterior a radiación, estas representan el 38.5 % de las FVV.

OBJETIVO

Presentación de caso clínico de FVV compleja al involucrar uréter, recidivante a 3 intentos de reparación.

CASO CLÍNICO

Paciente de 54 años de edad G4P3A1, hipertensa crónica controlada, histerectomía total abdominal a los 47 años por miomatosis, presentando lesión vesical y posterior formación de FVV. Fistuloplastia vaginal en 2 ocasiones hace 5 y 3 años, fistuloplastia abdominal hace 1 año. Acude al servicio por continuar con pérdida urinaria vía vaginal, uso de 6-7 pañales día, cistoscopia encontrando fístula de aproximadamente 2 cm de diámetro a nivel trigonal sin observar meato ureteral izquierdo (fig 1).



Se realiza fistuloplastia abdominal con técnica de O'Connor presentando pérdida de anatomía y adherencias, FVV retrotrigonal de 15 mm la cual compromete meato ureteral izquierdo, efectuándose ureteroneo-cistostomía izquierda extravascular con técnica Linch-Gregoir con fijación al músculo psoas izquierdo (Secuencia fig 2-8), colocación catéter transuretral y suprapúbico, sin complicaciones.

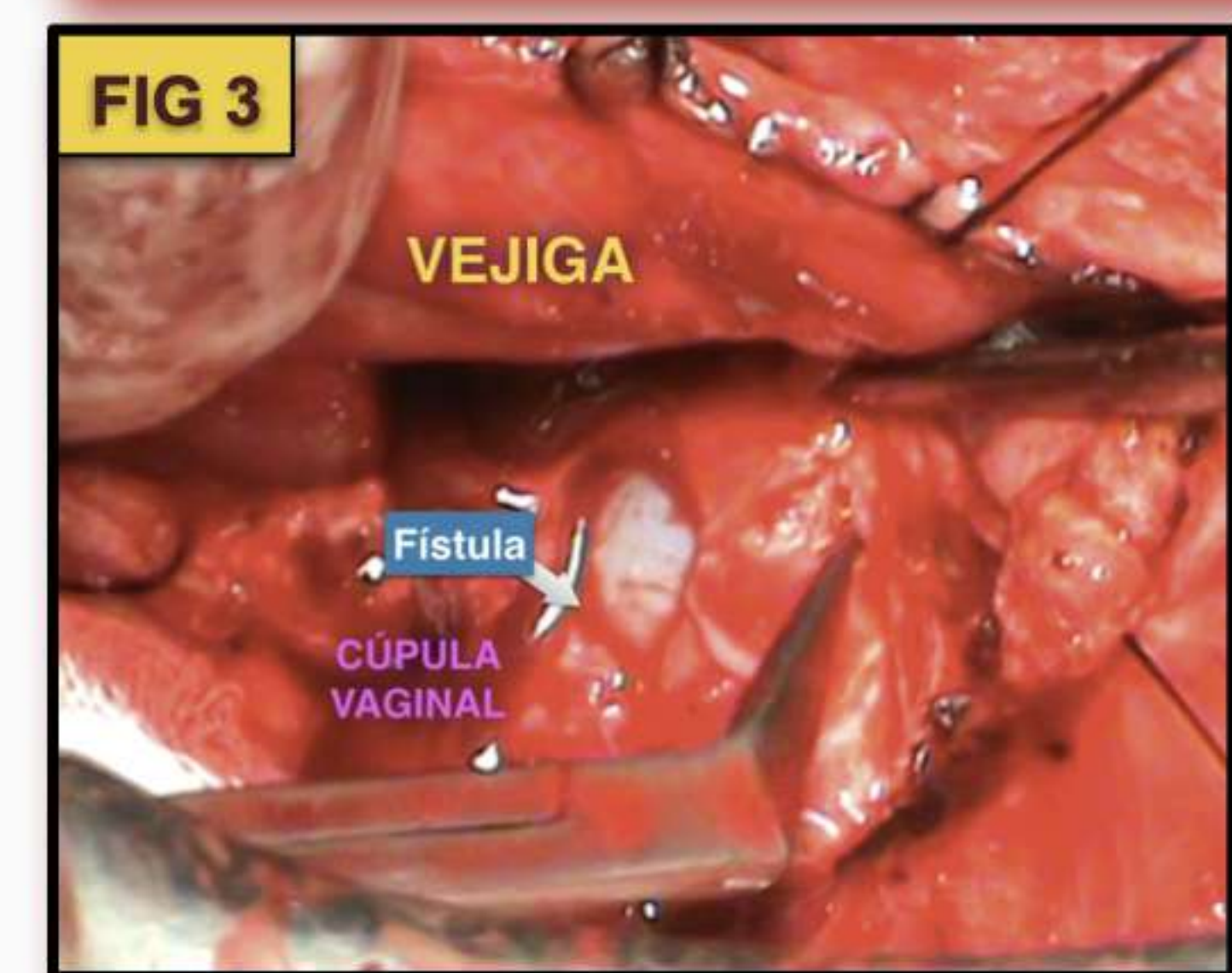
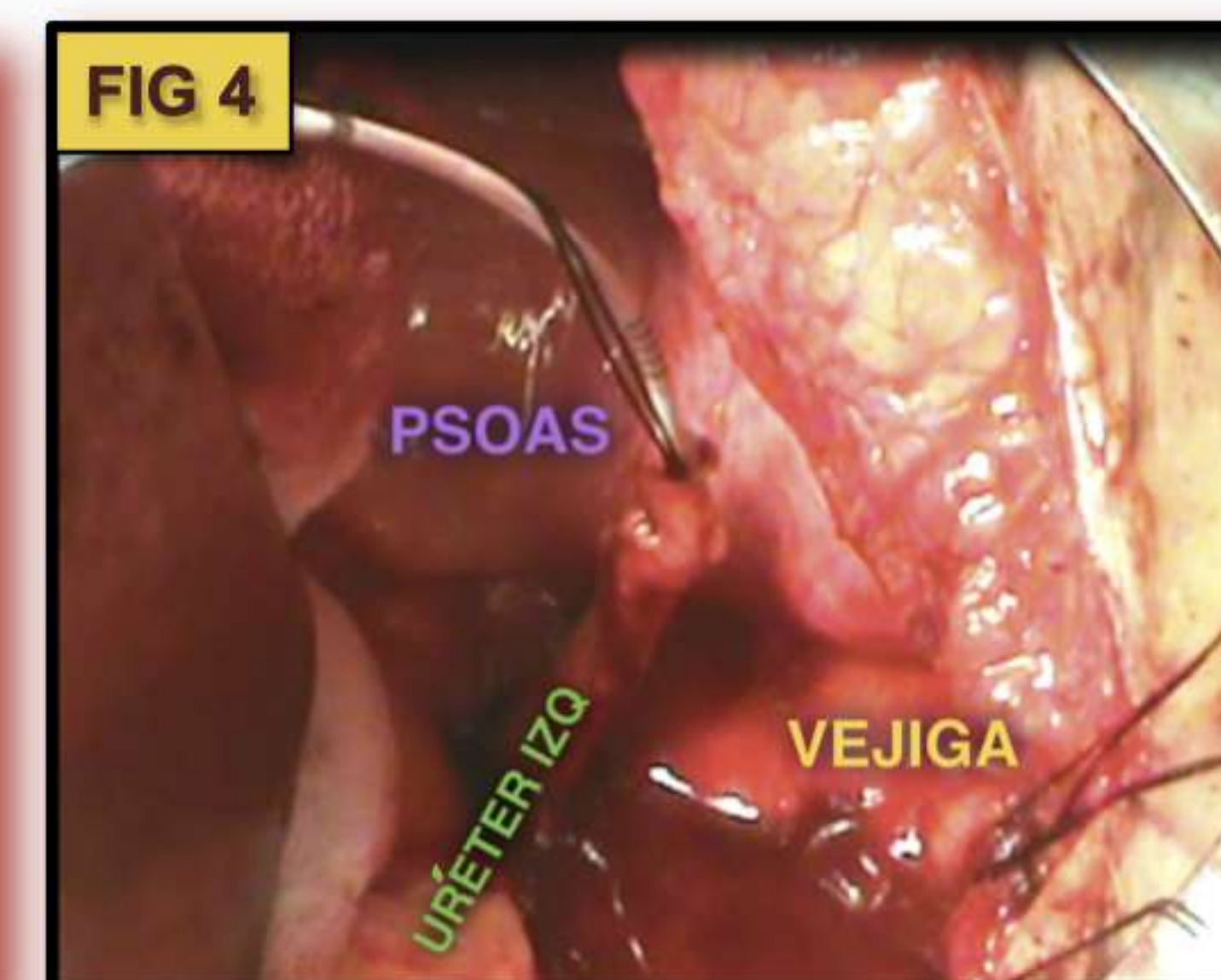
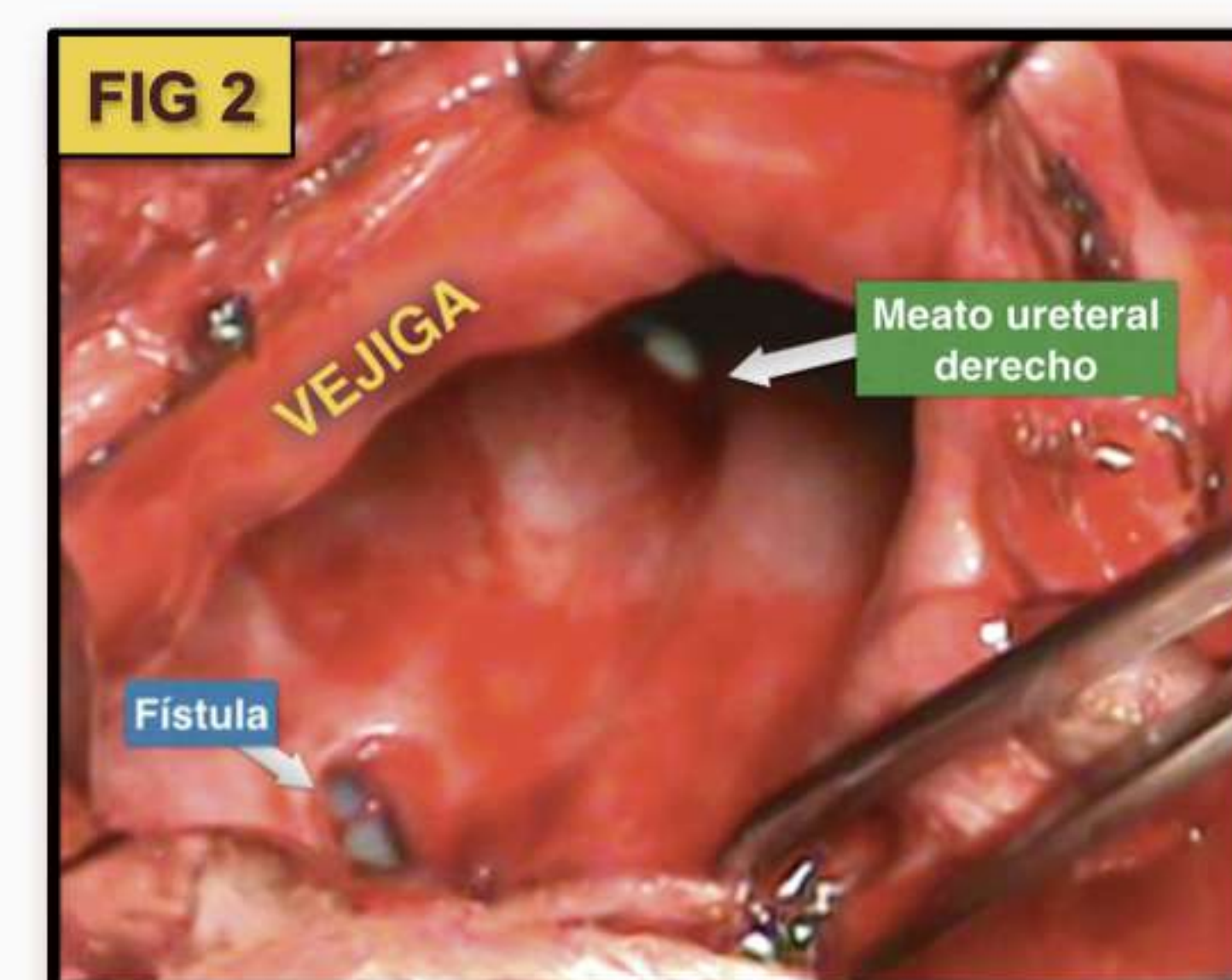
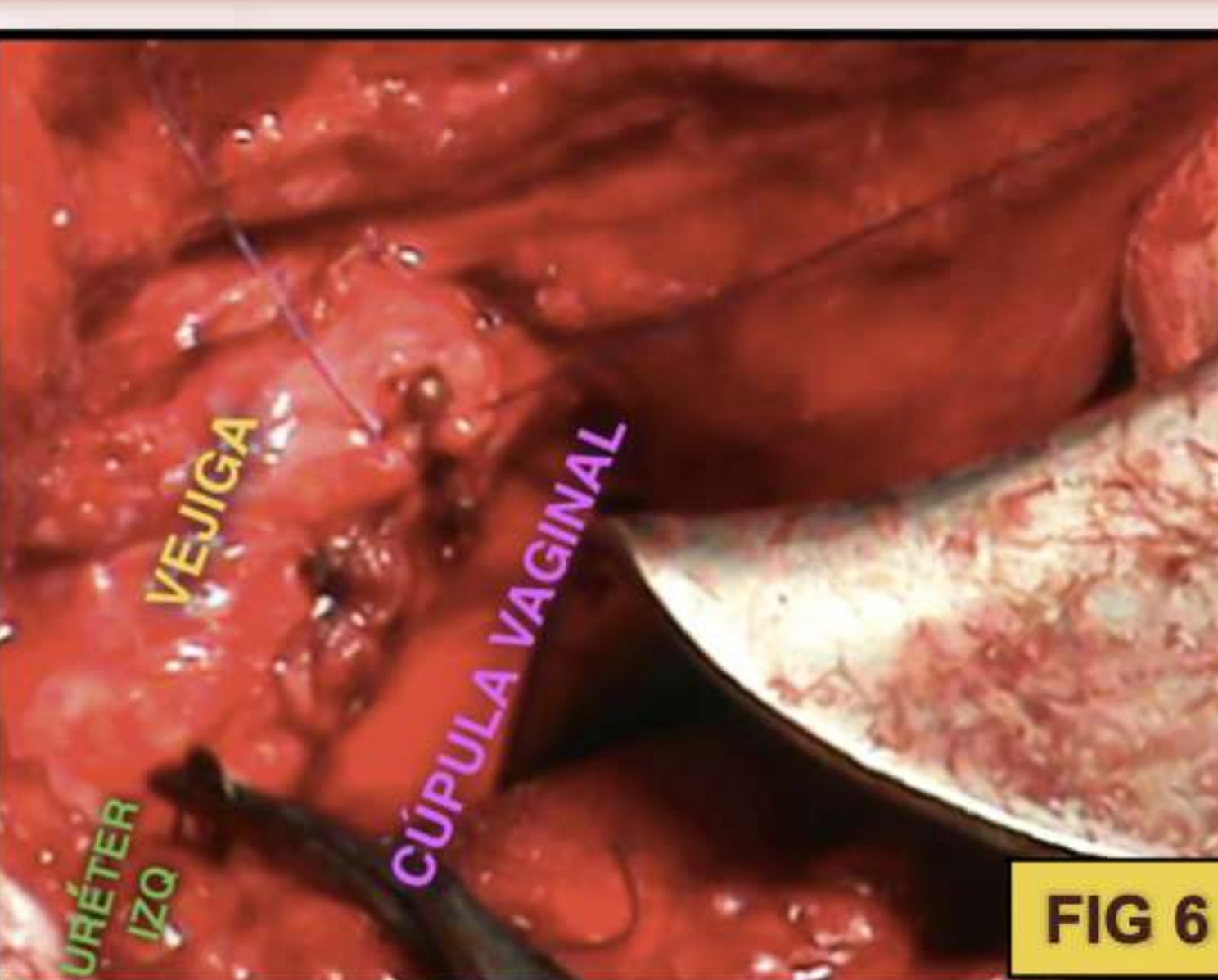
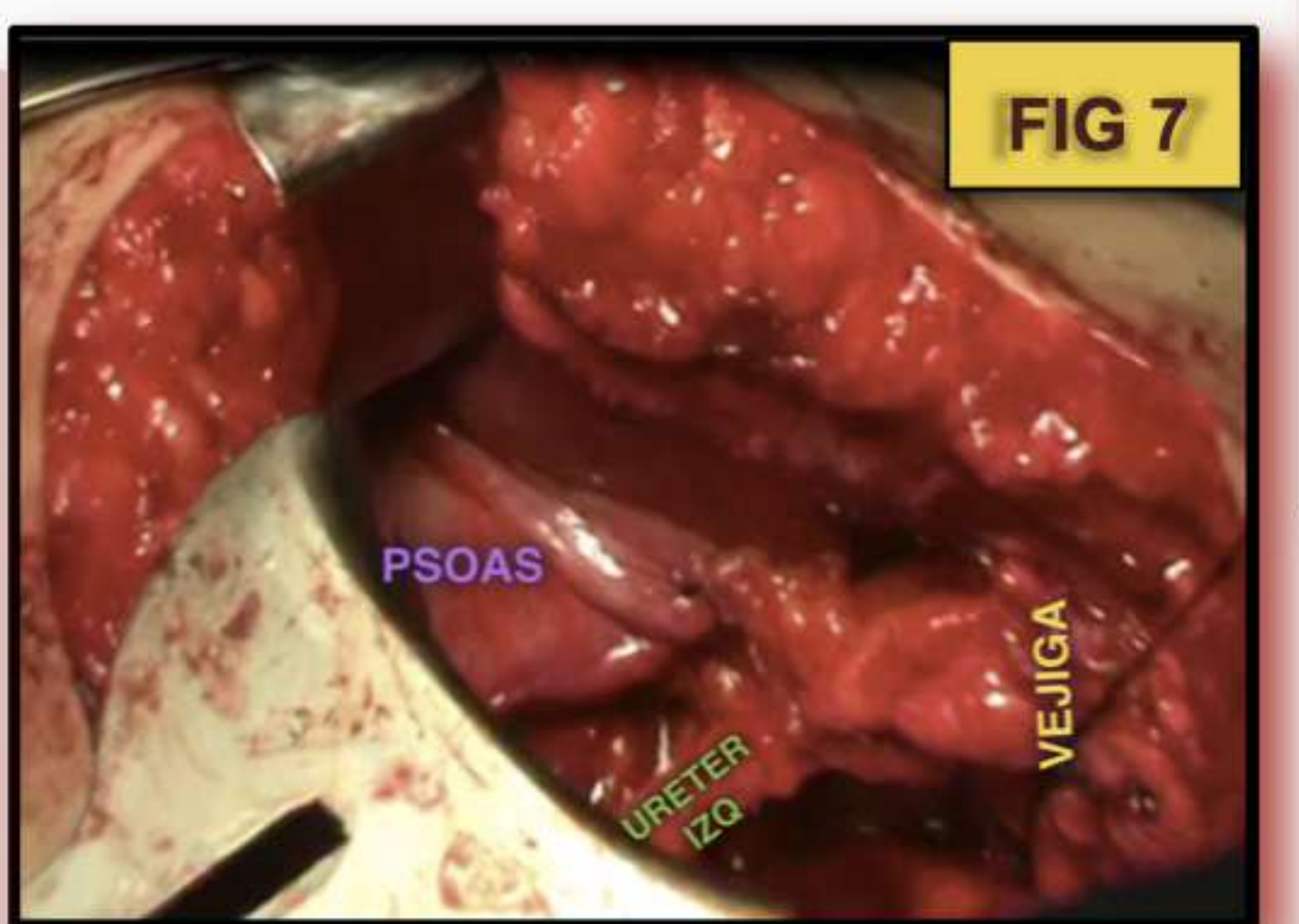
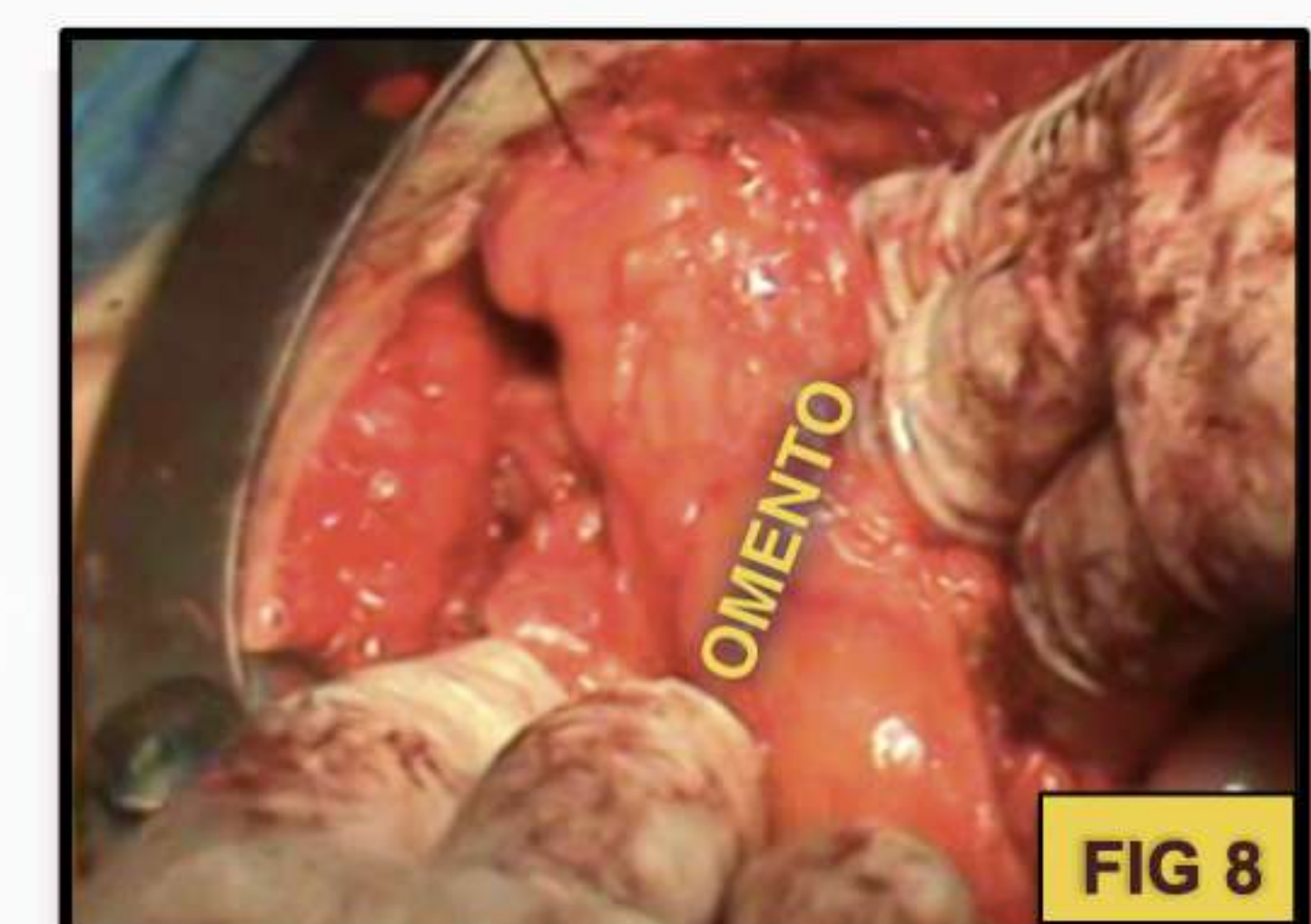


Fig 2. Bidisección vesical observando trayecto fistuloso en el cual se encuentra involucrado meato ureteral izquierdo, meato ureteral derecho normal (canalizado), **Fig 3.** Disección vesical y de cúpula vaginal hasta trayecto fistuloso para resección del mismo.

Fig 4. Sección de uréter izquierdo a nivel de unión vesical, **Fig 5.** Reimplante de uréter en cara lateral vesical ipsilateral. **Fig 6.** Cierre vesical en 2 planos (1: mucosa-muscular, 2: muscular serosa), cierre de cúpula vaginal. **Fig 7.** Al terminar el cierre vesical se fijó pared lateral vesical izquierda a músculo psoas, posteriormente en el plano de disección entre vejiga y cúpula vaginal se realizó colocación de colgajo de omento **Fig 8.**



A nivel mundial la causa más común de FVV es el trauma obstétrico, mientras que en países en desarrollo es la cirugía ginecológica particularmente la histerectomía. Se reporta lesión vesical en el 2.9 % de las histerectomías realizadas por indicación benigna, de estas se desarrollara FVV en el 17 % con el abordaje abdominal, 6-8 % en el vaginal y 10-25 % laparoscópico. ¹ El compromiso o lesión ureteral causado por la FVV se presenta en <12% de los casos de FVV, siendo esencial su identificación preoperatoria. ² La urotomografía ha desplazado al urograma en cuanto a su especificidad diagnóstica. La cistoscopia sigue siendo indispensable en la evaluación, permitiendo identificar el trayecto fistuloso, su relación en distancia al trigono y uréteres, así como los cambios inflamatorios y en la anatomía. ² El primer intento de reparación es el más importante, permitiendo el éxito definitivo sin embargo existe alta tasa de recurrencia dependiendo del abordaje elegido. ² La tasa de curación en el primer procedimiento quirúrgico llega a ser hasta del 81%. ³

Las ventajas de la reparación abdominal son la posibilidad de reconstrucción ureteral, aumento vesical, o interposición de colgajos, sin embargo aumenta el sangrado quirúrgico, dolor, tiempo operatorio y estancia hospitalaria; al compararse con abordajes vaginales. ^{4,5}

El abordaje intraperitoneal con técnica de O'Connor involucra la bidisección vesical a través del domo hasta alcanzar la fístula, con resección circunferencial del margen fistuloso, creando un plano de disección entre la vejiga y vaginal, permitiendo al interposición de colgajo de omento, presentando una menor tasa de fracaso, siendo una alternativa al manejo de FVV recidivantes. ⁴



Urograma excretor 8 semanas post cirugía, se demuestra integridad vesical y permeabilidad ureteral bilateral.

DISCUSIÓN

CONCLUSIÓN

Actualmente en el caso de las FVV complejas se debe tener en cuenta que el cierre de la fístula puede no ser suficiente al realizar el manejo quirúrgico, necesiéndose la interposición de colgajos, aumento vesical, reimplante de uréteres e inclusive en casos recidivantes; la derivación ureteral, por lo que el abordaje abdominal se propone como la técnica de elección en esta situación. Las FVV complejas requieren una planeación preoperatoria meticulosa, con el fin de minimizar las complicaciones y no sólo aumentar la tasa de curación si no también la calidad de vida de las pacientes.

- BIBLIOGRAFÍA**
1. Bodner-Adler B, Hanzal E, Pablik E, Koelbl H, Bodner K. Management of vesicovaginal fistulas (VVF) in women following benign gynaecologic surgery: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2017 Feb 22;12(2):e0171554. 2.
 2. Ingber M, Rackley R. Complications of Female Incontinence and Pelvic Reconstructive Surgery. 2013. Ed. Goldman HB. Current Clinical Urology, pp 157-164.
 3. Valery Sionov B, Ben Zvi M, Taha T, Sidi A, Tsivian A. [VESICO-VAGINAL FISTULAS (VVF)]. Harefuah. 2021 Sep;160(9):583-585.
 4. Singh V, Sinha RJ, Mehrotra S, et al. Repair of vesicovaginal fistula by the transabdominal route: outcome at a north Indian tertiary hospital. Int Urogynecol J (2012) 23:411-416.
 5. Stanford E, Romanzi L. Vesicovaginal fistula: what is the preferred closure technique?. Int Urogynecol J (2012) 23:383-385.