



CASO CLÍNICO CASE REPORT

FÍSTULA VESICOUTERINA CON DOS TRAYECTOS FISTULOSOS. REPORTE DE UN CASO

Resumen

Se comunica el caso de una fístula vesicouterina en una paciente de 39 años que había sido sometida a segunda cesárea segmentaria. Se realizó el cierre del trayecto fistuloso vesicocervical vía vaginal, presentando secreción mucosa vaginal a la tercera semana. La histerosonografía mostró pasaje de contraste del istmo a la vejiga. Vía abdominal, se individualizó útero de vejiga, se extrajo el trayecto fistuloso a nivel del istmo uterino y se cerró en dos planos. El resultado después de la segunda intervención fue satisfactorio. En el seguimiento hasta 24 meses después de la cirugía, la paciente estaba asintomática.

Palabras clave: Fístula vesicouterina, histerosonografía, incontinencia urinaria, menouria.

Vesicouterine fistula with two fistulous tracts. Case report

ABSTRACT

A case of vesicouterine fistula in a 39 year-old woman who had been subjected to second segmental cesarean section is reported. The fistulous tract was repaired vaginally, but vaginal mucous secretion appeared on the third week. Hysterosonography showed contrast medium passage from isthmus to bladder. By laparotomy the uterus was individualized from the bladder, the fistulous tract was removed at the uterine isthmus and closed in two layers. Result after the second surgical intervention was satisfactory. The patient was asymptomatic 24 months post surgery.

Key words: Vesicouterine fistula, hysterosonography, urinary incontinence, menouria.

INTRODUCCIÓN

La fístula vesicouterina es la fístula menos frecuente del tracto urogenital, entre 1 y 4%⁽¹⁻⁶⁾. Aumentó en las últimas décadas debido a la práctica de la cesárea segmentaria baja⁽⁷⁾. Otras causas son el curetaje, uso de fórceps, migración de dispositivo intrauterino, tumores uterinos. Tiene gran impacto social, ya que es causa de infertilidad y aborto en mujeres jóvenes⁽⁴⁾.

**ROSA REÁTEGUI^{1,A}, LUIS DANCKERS^{1,B},
CARLOS MOYANO^{1,A}, MARCO BERECHÉ^{1,C},
DAGOBERTO PAZ^{1,B}, SILVIA ACOSTA^A**

¹ Servicios de Urología y Ginecología,
Clínica San Pablo, Sede Surco

^a Uróloga

^b Ginecólogo

^c Radiólogo

Trabajo presentado como Tema Libre al
XIX Congreso Peruano de Obstetricia y
Ginecología, Lima, noviembre 2012.

Correspondencia:

Dra. Rosa Réategui

Dirección: Av. El Polo 789 – 505 Surco
Lima 33

Correo electrónico:

rosareat@amauta.rcp.net.pe

Rev peru ginecol obstet. 2013;59: 139-142

Estas fístulas pueden ser clasificadas de acuerdo a su ubicación anatómica en vesicocorporales (el istmo del cuerpo uterino actúa como esfínter) y vesicocervicales. Józwik⁽⁸⁾, en el año 2000, las clasifica basado en el camino que forma el flujo menstrual: a) tipo I con menuria (hematuria durante la menstruación, por la comunicación vesicouterina); b) tipo II, con doble flujo, ambos entre vejiga y vagina; y c) tipo III, con flujo menstrual vaginal normal.

La clínica es poco específica. Puede presentarse como incontinencia de esfuerzo; muchas veces, la pérdida de orina es de poco volumen, lo que demora el diagnóstico. El diagnóstico se realiza mediante histerosalpingografía, cistoscopia, in-



suflación intrauterina de aire, fistulografía transvaginal-transperitoneal, urografía excretoria⁽⁹⁾.

La histerosonografía vaginal con instilación cervical de azul de metileno es la mejor alternativa para evidenciar el trayecto fistuloso. Últimamente, la resonancia magnética permite observar el trayecto fistuloso y la posición vesicoureteral⁽⁴⁾.

El tratamiento puede ser conservador si la fístula es muy pequeña⁽²⁾. Se utiliza sonda Foley permanente por dos meses. El tratamiento definitivo consiste en la cirugía, por lo general diferida, puede ser vaginal, transvesical, retroperitoneal, transperitoneal, laparoscópica⁽¹⁰⁾.

CASO CLÍNICO

Se comunica el caso de una paciente de la Clínica San Pablo, sede Surco, de 39 años, sometida a segunda cesárea segmentaria en setiembre 2009. A los tres días de la intervención presentó incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) intermitente y menouria (hematuria durante la menstruación). Tenía antecedente de cesárea por distopia funicular, 3 años antes. Se le realizó urografía excretoria, cistoscopia e histerosonografía con inyección de azul de metileno, en 2 oportunidades (figura 1).

En la primera intervención, por vía vaginal se realizó el cierre del trayecto fistuloso cerca al cuello uterino, separando el cuello de la vejiga. Por cistoscopia se cateterizó el orificio fistuloso vesical identificando la salida del cateter hacia el cuello uterino (figura 2). Una vez separados los planos, se cerró con vicryl en 2 planos (figura 3).

Se retiró sonda Foley después de 3 semanas, tras lo cual la paciente manifestó seguir con las molestias y presentar secreción mucosa vaginal. Se repitió la histerosonografía, evidenciándose una segunda fístula vesicouterina a nivel del istmo (figura 4).

Al mes y medio de la primera cirugía, se cerró la fístula a nivel del istmo uterino, por vía transabdominal, con separación del útero de la vejiga. Se cerró el orificio fistuloso, tanto a nivel del útero como de la la vejiga, en 2 planos (figura 5).

RESULTADOS

El resultado de la intervención fue satisfactorio. Se retiró la sonda Foley a las 3 semanas de la segunda cirugía, tras lo cual la paciente no volvió a presentar molestias. Acudió a sus controles hasta hace 7 meses (2 años después de la intervención) y permanecía asintomática.

Figura 1 . A. Se coloca el espéculo y un catéter foley por el cuello uterino. Luego se inyecta el azul de metileno al cuello uterino por la sonda. Se evidencia la salida del azul de metileno por una sonda vesical. B. En la ecografía transvaginal se identifica el trayecto fistuloso.

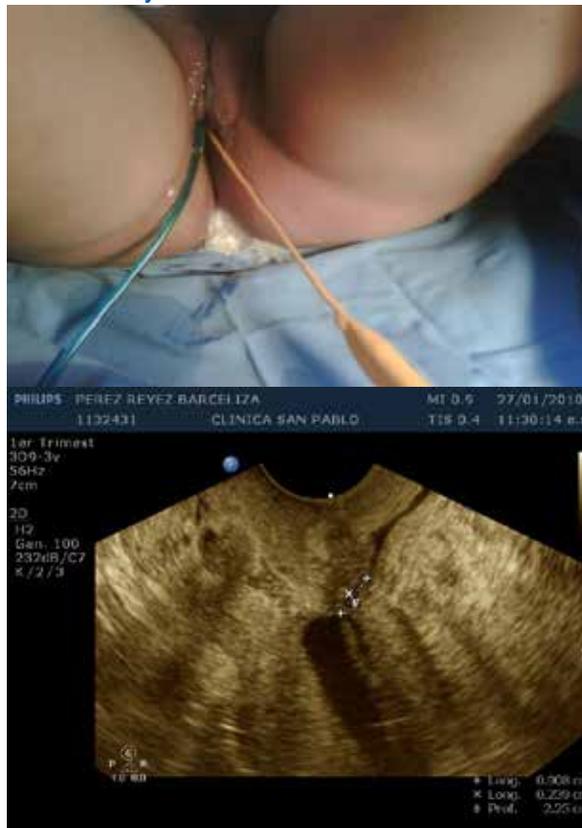


Figura 2. Se coloca catéter por cistoscopia, identificando el trayecto fistuloso.



DISCUSIÓN

La cesárea es la causa más frecuente de fistulas vesicouterinas. En la literatura se asocia entre 50 y 96%⁽⁴⁾. En nuestro caso, también el antecedente quirúrgico fue la cesárea. La vejiga urinaria, al estar en contacto con la parte inferior del útero grávido, tiene posibilidades de ser lesionada durante la cesárea segmentaria baja, procedimiento que en los últimos años se ha incrementado.



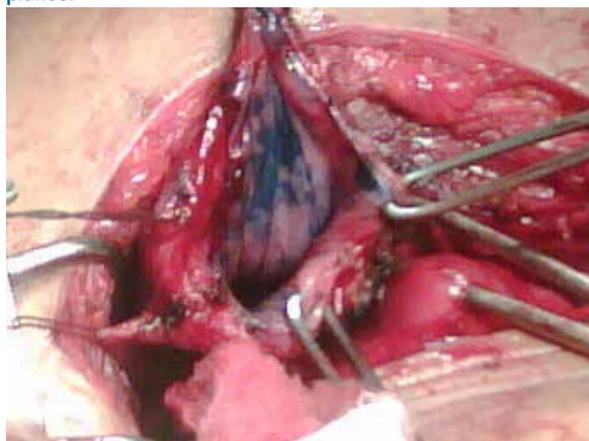
Figura 3. Una vez separado el cuello de vejiga, se sutura con vicryl 3/0 en 2 planos.



Figura 4. Ecografía transvaginal: se evidencia fistula a nivel del istmo.



Figura 5. Por vía abdominal se individualiza la vejiga y el útero. Se identificó y reseccó el trayecto fistuloso. Se cerró en dos planos.



Las fistulas más frecuentes, según la clasificación de Józwick, son de tipo III en 50% y tipo I en 96%⁽⁸⁾. La paciente presentó clínica de menuria y a su vez incontinencia de esfuerzo intermitente, por lo que encaja en el tipo I y III.

Según la literatura, cuando está afectado el cuello uterino (66%) se puede tener pérdida de orina a través de la vagina. Las fistulas que com-

prometen el cuerpo uterino (vesicocorporales) presentan con menor frecuencia incontinencia por acción del istmo uterino, que actuaría como un esfínter^(4,8). A diferencia de las fistulas vesicovaginales que tienen IUE permanente, las fistulas vesicouterinas tienen IUE intermitente⁽⁴⁾. En nuestra paciente, la clínica se ha desarrollado de acuerdo a la literatura.

Józwick refiere que 5% de fistulas vesicouterinas cicatrizan espontáneamente⁽⁸⁾. Para otros autores, Soler⁽³⁾ y Allona⁽⁵⁾, el tratamiento definitivo es el quirúrgico, resultando alto porcentaje de éxito cuando se produce una adecuada fibrosis de la zona lesionada. En nuestro caso, el tratamiento quirúrgico fue la primera opción y la definitiva. La fistula fue tratada con éxito, ya que a dos años de control postoperatorio la paciente estaba asintomática.

Para concluir diremos que la fistula vesicouterina tiene incidencia infrecuente, dejó de ser diagnóstico excepcional, por incremento de las cesáreas segmentarias bajas, por lo que debe considerarse su posibilidad en poscesareadas que presentan incontinencia urinaria intermitente y menouria. La histerosonografía con inyección de suero y azul de metileno por el cuello uterino es un buen método diagnóstico, visualizado en tiempo real y sin radiación. El tratamiento quirúrgico es el de elección, que debe ser realizado después de fibrosis del trayecto fistuloso (diferida) y el abordaje de acuerdo a la localización de la fistula. La presencia de 2 trayectos fistulosos es muy difícil de diagnosticar de primera intención. En la revisión de la literatura no hemos encontrado otro caso similar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medina Ramos N, Cerezuela Requena JF, Martín Martínez A, García Hernández JA, Chesa Ponce N. Fístula vesicouterina, una rara complicación del parto por cesárea. *Actas Urológicas Esp.* 2003;27(3):224-7.
2. Fernández Rodríguez A, Gómez Balaguer M, Mantanana V, Santolaya García JI, Polo Peris A, Canto Faubel E. Fístula vesicouterina: tratamiento conservador. *Arch Esp Urol.* 1991;44 (1):80-81.
3. Soler Soler J, Navarro Repiso JA, Hidalgo Domínguez y col. Fístula vesicouterina: aportación de dos nuevos casos. *Actas Urol Esp.* 1998;22(2):116-19.
4. Bonillo G, Pacheco Bru JJ, Palmero Martí JM. Fístulas vesicouterinas. Nuestra experiencia tras 25 años. *Actas Urol Esp.* 2003;(9):707-12.



5. Allona Almagro A, Sanz Miguelez JL. Fistulas urinarias, puesta al día. *Act Urol Esp.* 2002;26(10):776-95.
6. Ramamurthy S, Vijayan P, Rajendran S. Sonographic diagnosis of a uterovesical fistula. *J Ultrasound Med.* 2002;21:817-9.
7. Park BK, Kim SH, Cho JH, Sims JS, Seong CK. Vesicouterine fistula after cesarean section: findings in two cases. *J Ultrasound.* 1999;18:441-3.
8. Józwik M, Józwik M. Clinical classification of vesicouterine fistula. *Int J Gynaecol Obstet.* 2000;70(3):353-7.
9. Sheen JH, Lin CT, Jou YC, Cheng MT. A simple means of making differential diagnosis of ureterouterine and vesicouterine fistula. *J Urol.* 1998;160(4):1420-1.
10. Tarhan F, Erbay E, Penbegül N, Kuyumcuoğlu U. Minimal invasive treatment of vesicouterine fistula: a case report. *Int Urol Nephrol.* 2007;39(3):791-3.