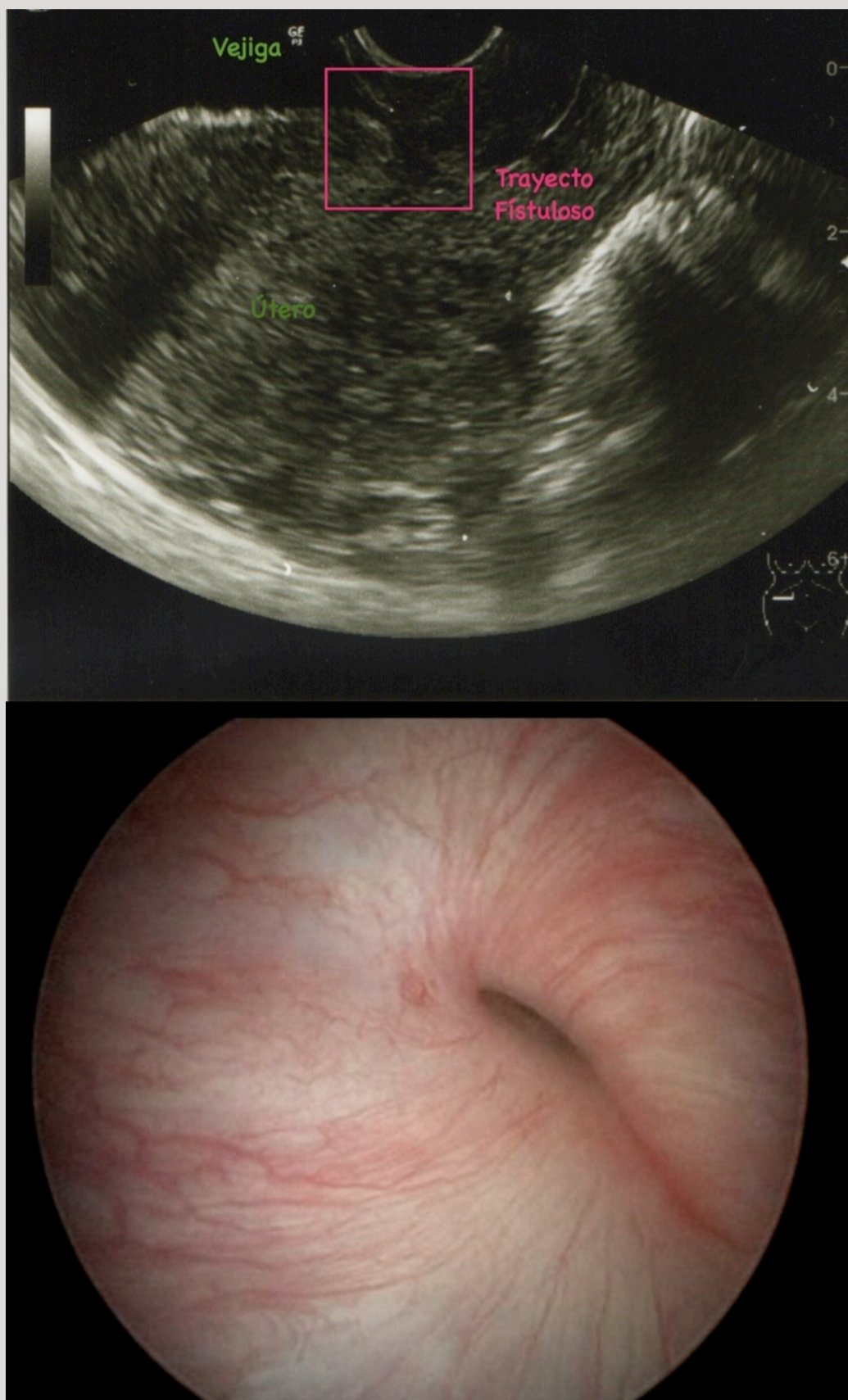


FÍSTULA VESICOUTERINA

Garrido Navarro, Clara; Marín Sánchez, M. Pilar; Sánchez Ferrer, Marisa; García Hernández, Carmen María; Hernández Peñalver, Ana Isabel, Cánovas López, Laura; Machado Linde, Francisco; Nieto Díaz, Aníbal

INTRODUCCIÓN

La fístula vesicouterina es la menos frecuente de las fístulas del tracto genitourinario femenino, representa del 1 al 4% de todos los casos. En nuestra casuística representa el 2.7%. La mayoría son secundarias a causas iatrógenas, siendo la más frecuente la cesárea. La clínica depende de la localización con respecto al istmo uterino y su correspondiente gradiente de presión.



CASO CLÍNICO

Mujer de 41 años.

Antecedentes personales: IMC 20.03, dislipemia, G11 P6 C1 A4, deseos genésicos cumplidos.

Clínica: Consulta por incontinencia urinaria continua desde el último parto vaginal, hace 9 años. Presentaba ITUs de repetición y se encontraba eumenorreica.

Diagnostico: Instilación via uretral de azul de metileno y posterior extravasación por cérvix, sospechándose una fístula vesicouterina. La confirmación se realizó mediante ecografía transvaginal observándose el trayecto fistuloso. Otras pruebas complementarias empleadas fueron la cistografía, el URO-TAC y la cistoscopia.

Tratamiento quirúrgico:

Cistoscopia + Histerectomía total + Fistulorrafia.

1. Abordaje vaginal: Cistoscopia

- Identificación del trayecto fistuloso
- Localización de la salida de los orificios urterales.
- Canalización de la fístula
- Canalización de los uréteres mediante catéter doble J

2. Abordaje abdominal: Histerectomía total laparotómica:

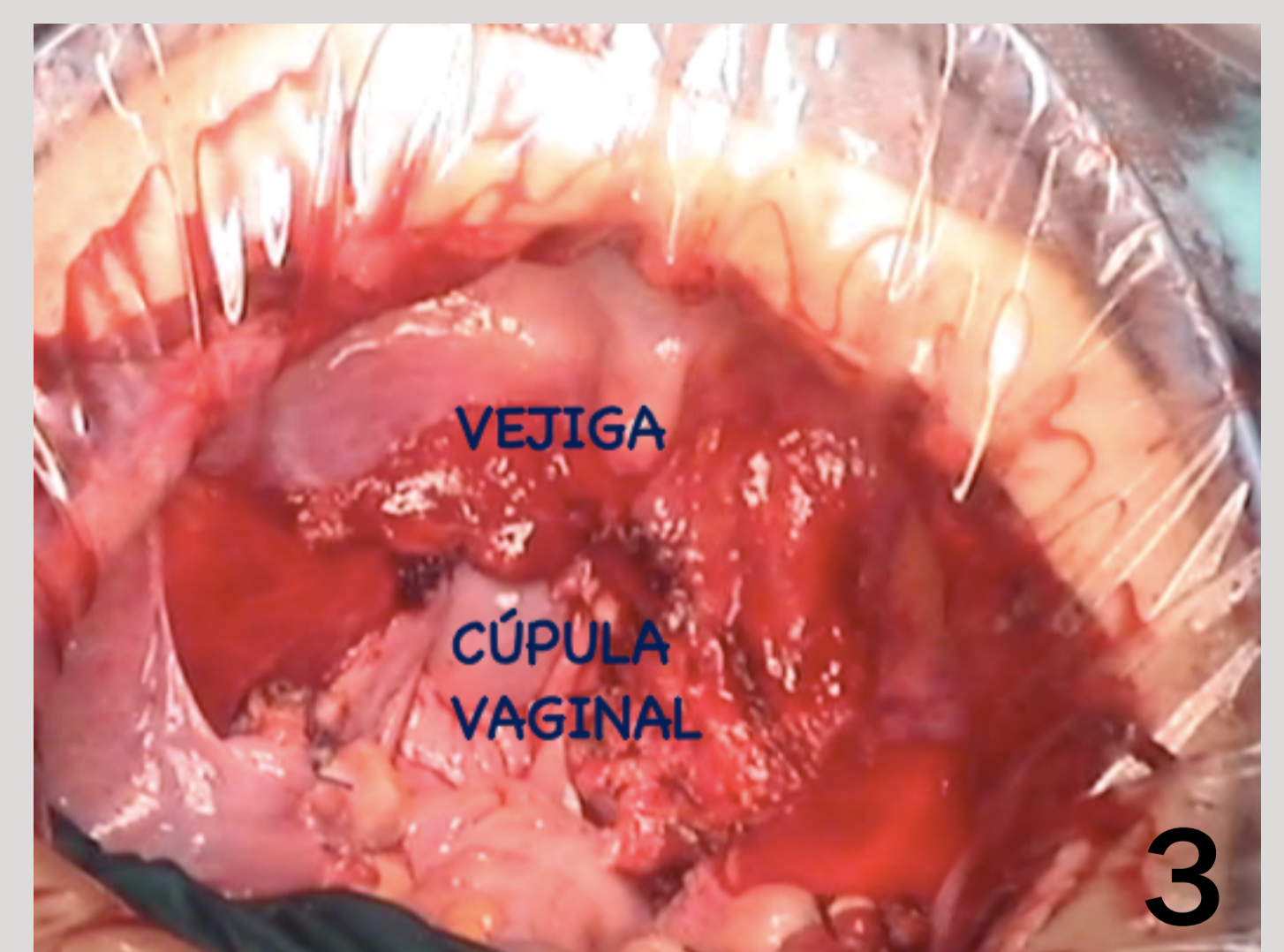
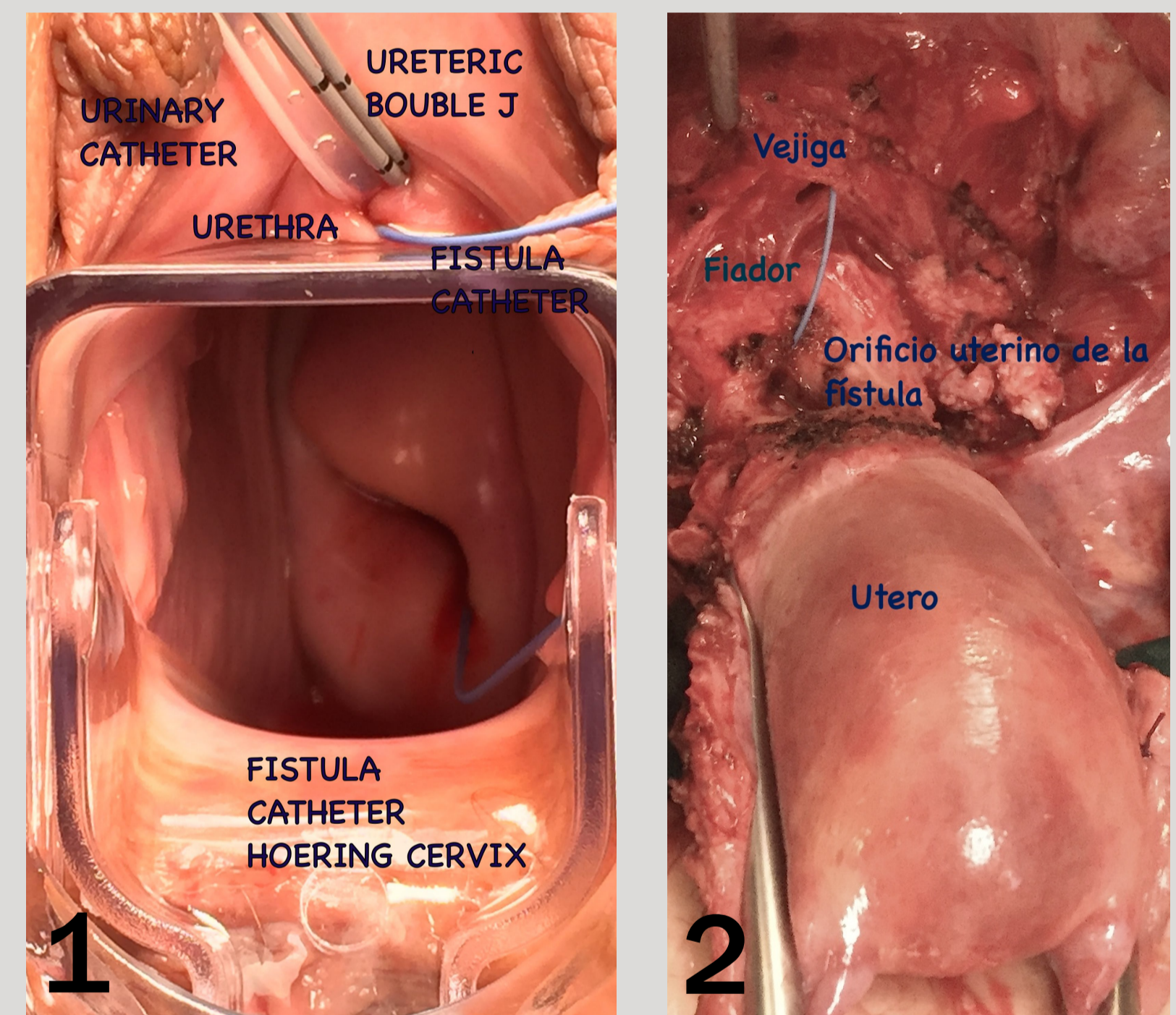
- Disección del plano vesicouterino dificultoso por el proceso cicatricial. La vejiga fue movilizada permitiendo su disección desde el trayecto fistuloso hasta el útero.
- Se realiza histerectomía total conservando ovarios según técnica habitual.

3. Fistulorrafia abdominal

- Fistulorrafia con doble capa del orificio vesical, mediante sutura absorbible sintética multifilamento y entrelazada 2-0.
- Comprobación de estanqueidad con azul de metileno.

Revisión a los dos meses: La paciente refiere estar continente, y presentar una mejoría importante de su calidad de vida.

Se observa la cúpula vaginal bien cicatrizada.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La tasa de éxito del tratamiento conservador mediante sonda vesical permanente es < 5%. La tasa de éxito del tratamiento quirúrgico es cercana al 80%. El abordaje quirúrgico puede ser vaginal, abdominal o laparoscópico. La mayoría de los casos requieren un abordaje abdominal. No es preciso realizar histerectomía, pero en este caso concreto se consensuó con la paciente por deseos genésicos cumplidos. En una revisión reciente la reparación con conservación uterina fue posible en varias pacientes, aunque en ocasiones la decisión de histerectomía fue tomada intraoperatoriamente. El potencial reproductivo en casos de conservación uterina es pobre (tasa de embarazo 31%).