



# FÍSTULA VESICOUTERINA: Comparación de casos y lecciones aprendidas

García Campaña, E; Garrido Navarro, C; Jiménez Velázquez, R; Marín Sánchez, P; Machado Linde, F; Nieto Díaz, A; Sánchez Ferrer, M.L  
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

## INTRODUCCIÓN:

La fístula vesicouterina es la menos frecuente de las fístulas del tracto genitourinario femenino, representa del 1 al 4% de todos los casos. 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.

## 1º CASO CLÍNICO : Mujer de 41 años.

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

Clínica: Consulta por incontinencia urinaria continua desde el último parto vaginal, hace 9 años.

Diagnóstico: Instilación vía uretral de azul de metileno y posterior extravasación por cérvix, sospechándose una fístula vesicouterina. Otras pruebas complementarias empleadas fueron la ecografía transvaginal, cistografía, el URO-TAC y la cistoscopia.

Tratamiento quirúrgico:

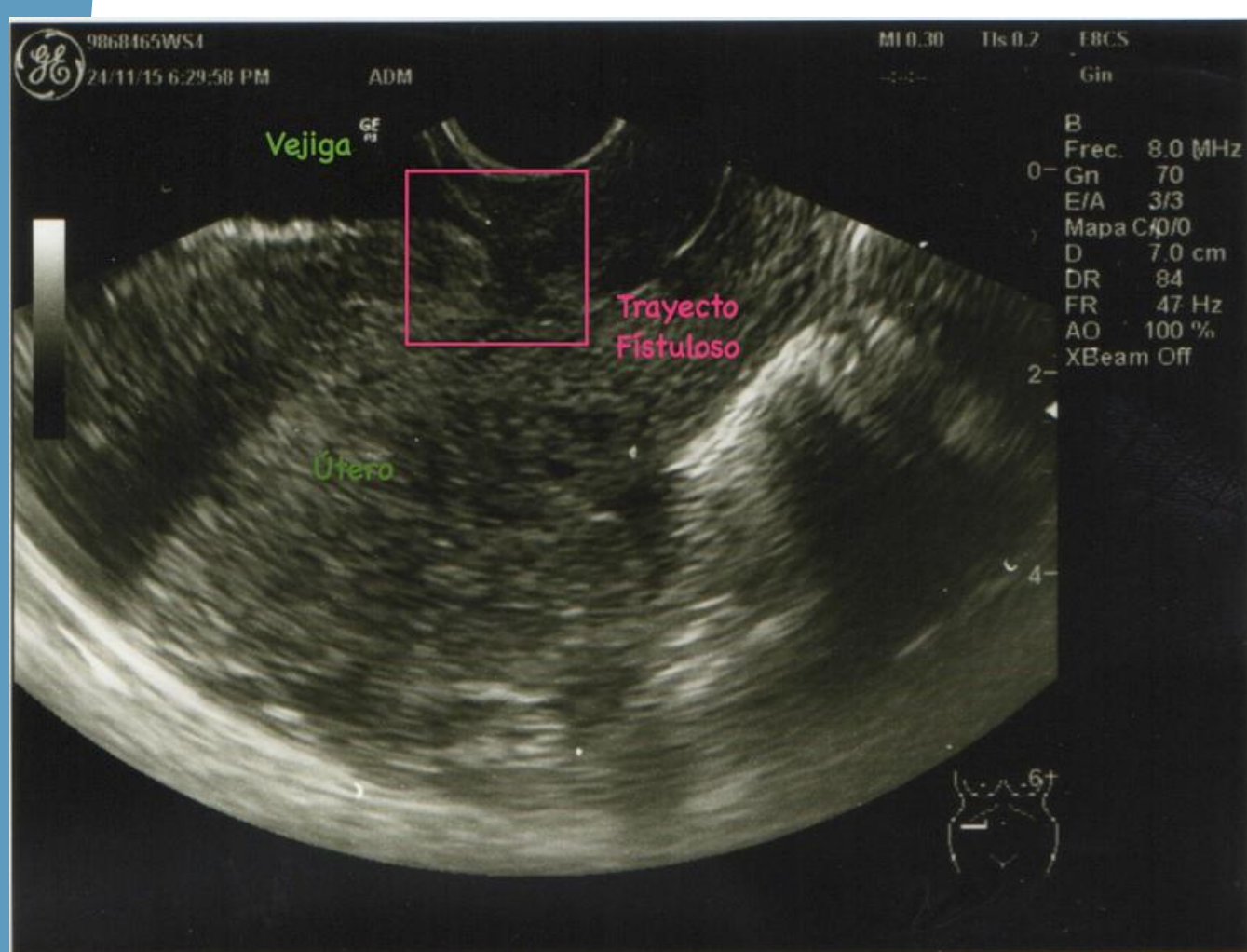
*Cistoscopia + Histerectomía total + Fistulorrafia.*

1. Abordaje vaginal: Cistoscopia e identificación del trayecto fistuloso, canalización de la fístula y de los uréteres mediante catéter doble J

2. Abordaje abdominal: Histerectomía total laparotómica: La vejiga fue movilizada permitiendo su disección desde el trayecto fistuloso hasta el útero.

3. Fistulorrafia abdominal con doble capa del orificio vesical. Comprobación de estanqueidad con azul de metileno.

-Revisión a los dos meses: paciente continente con clara mejoría de la calidad de vida.



## 2º CASO CLÍNICO: Mujer 36 años

Antecedentes personales: IMC 28.60, fumadora, G2 C2, intervenida de hernia discal.

Clínica: incontinencia urinaria continua de dos días de evolución tras cesárea realizada hace diez días en la que le informaron de dehiscencia de la cicatriz anterior.

Diagnóstico: instilación de azul de metileno vía uretral con extravasación por cérvix.

Ecografía: imagen compatible con trayecto fistuloso vesicouterino.

Actitud: sondaje vesical permanente y solicitud de cistoscopia.

-Cistoscopia: en fondo vesical se aprecia zona eritematosa, con signos inflamatorios, irregular, de aprox. 2 cm de diámetro, aunque sin objetivar claramente orificio fistuloso.

Resto de vejiga normal.

Se informa a la paciente de que la opción de tratamiento conservador mediante sonda urinaria permanente 1 mes tiene un tasa de éxito del 5%, pero que debe intentarse antes de plantear el tratamiento quirúrgico. Lo entiende y acepta. Al mes se retira sonda permaneciendo la paciente asintomática con resolución del problema.

## CONCLUSIONES:

La tasa de éxito del tratamiento conservador es < 5% siendo cercana al 80% con tratamiento quirúrgico. Queremos mostrar la comparación entre 2 casos de fístulas vesicouterinas, entidad muy poco frecuente, que han sido tratadas de manera exitosa en nuestro hospital con diferente manejo. Llamamos la atención sobre la importancia del diagnóstico precoz de esta patología, ya que como aquí ejemplificamos, si se trata precozmente puede funcionar el tratamiento conservador, que fue imposible realizar en el primer caso.

## BIBLIOGRAFÍA:

Petrikovets A, Lespinasse F. Report of 2 cases of misdiagnosed vesicouterine fistula. Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2014 Nov-Dec;20(6):e15-7.  
Rajamaheswari N, Chhikara AB. Vesicouterine fistulae: our experience of 17 cases and literature review. Int Urogynecol J. 2013 Feb;24(2):275-9  
Bonillo MA, Pacheco JJ, Palmero Martí JL, Alapont Alacreo JM, Alonso Gorrea M, Arladis Guzmán S, Jimenez Cruz JF. Fístulas vesicouterinas. Nuestra experiencia tras 25 años. Actas Urol Esp. 2003, 27 (9): 707-712