

Fístula vesicovaginal por litiasis vesical. Comunicación de un caso

P. Molina Boronat, S. Hechevarría Ramón, R. Morales González* y N. Lahaba Liquí**

Servicios de Urología (Jefe de Servicio: Dra. S. Hechevarría Ramón), *Cirugía General y **Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Cuba.

Resumen

Se presenta el caso de una paciente de 42 años de edad, atendida en el Hospital Universitario Celia Sánchez Manduley de Manzanillo (Cuba) por presentar salida de la orina a través de la vagina, diagnosticándose una fístula vesicovaginal de una rara etiología, una litiasis vesical. Mediante tratamiento quirúrgico se logra la curación de la paciente.

Palabras clave: *Fístula vesicovaginal. Litiasis vesical.*

VESICOVAGINAL FISTULA DUE TO BLADDER STONE. CASE REPORT

We report the case of a 42-year-old woman who presented to the Celia Sanchez Manduley University Hospital in Manzanillo, Cuba, complaining of urine escape through the vagina. A diagnosis of vesicovaginal fistula was made. The cause, bladder stone, is very infrequent. Surgical treatment was completely curative.

Key words: *Vesicovaginal fistula. Vesical lithiasis.*

Introducción

Las fístulas urogenitales son uno de los grandes problemas que tiene que afrontar la uroginecología moderna. Estas lesiones eran muy frecuentes en la práctica obstétrica antigua, se producían por necrosis de la vejiga causada por la compresión de la cabeza del feto o el desgarro de las paredes vaginales y vesicales durante el parto¹. En la actualidad el 90% de las fístulas vesicovaginales son secundarias a traumatismos, que se producen en el curso de intervenciones quirúrgicas, fundamentalmente histerectomías, tanto por vía vaginal como abdominal². Existe un tercer grupo provocado por la propagación de un carcinoma del cuello uterino y otro pequeño grupo debido a otras causa³.

El propósito de este trabajo es presentar el caso de una paciente con una rara causa de fístula vesicovaginal, originada por una litiasis vesical, que fue atendida en el Hospital Universitario Celia Sánchez Manduley de Manzanillo (Cuba).

Caso clínico

Se trata de una mujer de 42 años de edad, de procedencia rural, con antecedentes de retraso mental moderado, que acudió a consulta refiriendo presentar salida de la orina por la vagina desde hacía aproximadamente 6 meses, lo que se había intensificado en los últimos días, acompañándose de dolor en hipogastrio.

En el examen físico del abdomen se encontró dolor a la palpación en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. En el tacto vaginal, los genitales externos eran normales, se palpaba un tumor a la altura de la pared anterior de la vagina en su tercio medio de aproximadamente 1 cm, de consistencia pétreas, superficie rugosa, que protrusión hacia la luz vaginal y hacia cuerpo con un tumor de iguales características que ocupaba el fondo de la vejiga.

El tacto rectal evidenciaba un ampolla rectal vacía, con el fondo del saco vesical ocupado por el tumor ya descrito.

En el examen con espéculo observamos un tumor de 1 cm que protrusión en el tercio medio de la cara anterior de la pared vaginal, de color blanquecino, superficie irregular y que parecía corresponder con una litiasis cálcica. Se intentó realizar cateterismo uretrovesical que resultó imposible por obstáculo en el cuello vesical.

Los exámenes complementarios pusieron de manifiesto dilatación de ambos sistemas pielocaliciales en la ultrasonografía; la vejiga vacía dificultaba el resto de la exploración.

En la radiografía simple de abdomen se observó una imagen radiopaca de aproximadamente 8 cm de diámetro que se proyectaba sobre la pelvis menor.

Con todos estos elementos se planteó el diagnóstico de litiasis vesical obstructiva y posible fístula vesicovaginal secundaria al cálculo, por lo que se decidió la intervención quirúrgica.

En el acto quirúrgico se abordó la vejiga por vía abdominal extraperitoneal a través de una incisión media infraumbilical, comprobándose la presencia de la litiasis vesical sospechada, que media aproximadamente 10 cm de diámetro y que al retirarla dejó ver un orificio fistuloso que comunicaba la vejiga con la vagina a nivel pretrigonal, por lo que se decidió realizar la fistulectomía usando la combinación de la vía abdominal y vaginal en el propio acto quirúrgico.

Correspondencia: Dr. P. Molina Boronat.
Batería 101, entre Martí y Mártires de Vietnam.
87510 Manzanillo. Cuba.
Correo electrónico: molina@golfo.grm.sld.cu

Aceptado para su publicación en septiembre de 2001.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria. La paciente fue dada de alta del hospital a los 15 días de la intervención después de haber permanecido con un catéter uretovesical Foley número 18 durante 14 días.

Discusión

La etiología litiásica de las fistulas vesicovaginales es muy rara, y la bibliografía sólo recoge algunos casos aislados^{4,5}. En la mayoría de los casos comunicados existen antecedentes de intervenciones quirúrgicas o radioterapia sobre el aparato ginecológico⁵, siendo los factores que se implican en su etiología la presencia de cuerpos extraños postoperatorios y la disfunción vesical secundaria a la radioterapia^{6,7}.

Lo peculiar del caso aquí expuesto es que se trata de una paciente en la que no existía ninguno de los factores que tan frecuentemente se asocian a la aparición de las fistulas vesicovaginales asociadas a litiasis vesical; en este caso consideramos que la fistula se debió a la destrucción de las paredes vesicales y vaginales por la erosión provocada por el cálculo durante un largo período

de tiempo, todo esto favorecido por el retraso mental de la paciente.

Bibliografía

1. Kan DV. Fístulas urogenitales. En: Manual de urología obstétrica y ginecología. Moscú: Editorial Mir, 1998: p. 246-99.
2. Smith DR. Padecimiento de la vejiga, próstata y vesículas seminales. En: Urología genital. 7.^a ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1980: p. 421-31.
3. Keinth Waterhouse R. Fístulas vesicovaginales y vesicoestinales. En: Glenn JF, Boyce WH, editores. Cirugía urológica (tomo 2). La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1986; p. 613-19.
4. Segawa N, Katavota Y, Kaneda K. Vesicovaginal fistula with giant vesico vaginal stone: a case report. Hinyokika Kito 1998;44:517-20.
5. Langkilde NC, Pless TK, Lundbeck F, Neistrom B. Surgical repair of vesico-vaginal fistula a ten-year retrospective study. Scand J Urol Nephrol 1999;33:100-3.
6. Averette HE, Naguyen H. Cáncer ginecológico. En: Murphy G P, Laurence W, Lenhard RE, editores. Oncología clínica: manual de American Cancer Society. 2.^a ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1996: p. 618-49.
7. Nesrallah LJ, Srougi M, Gittes RF. The O'Conor technique: the gold standard for supratrigonal vesicovaginal fistula repair. J Urol 1999;161:566-8.