

410 R. Moreno
A. Alomar
M. Usandizaga
J. Cartañá

Servicio de Obstetricia y Ginecología
Hospital Son Dureta
Palma de Mallorca

Correspondencia:
Dr. R. Moreno Mira
Oliver, 6, 2.º, 2.ª
07014 Palma de Mallorca
E-mail: rmorenom@meditex.es

Fecha de recepción: 15/5/00
Aceptado para publicación: 17/7/00

Fístula vesicouterina: análisis de seis casos de una rara entidad

*Vesicouterine fistula: analysis
of six cases of a rare entity*

Moreno R, Alomar A, Usandizaga M, Cartañá J. Fístula
vesicouterina: análisis de seis casos de una rara entidad.
Prog Obstet Ginecol 2000;43:410-415.

RESUMEN

Objetivo: Valorar los aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos de las fístulas vesicouterinas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de las fístulas vesicouterinas observadas en el Hospital Son Dureta entre 1982 y 1999.

Resultados: Seis casos con una edad media de 36,6 años. El antecedente de cesárea se dio en cinco ocasiones. Dos pacientes tenían tres cesáreas. Otras dos tenían una cesárea y debutaron clínicamente tras un segundo embarazo que terminó en parto vaginal. Una fístula se observó tras cesárea histerectomía en la que se conservó el cuello. La clínica consistió en la incontinencia urinaria, la hematuria y la menuria. El diagnóstico se basó en la cistoscopia y uretrocistografía. El tratamiento fue quirúrgico mediante la reparación de la fístula por vía abdominal y los resultados fueron siempre satisfactorios.

Conclusiones: Las fístulas vesicouterinas son muy poco frecuentes, pero deben considerarse ante una

paciente con antecedente de cesárea y que presente incontinencia de orina combinada o no con hematuria.

PALABRAS CLAVE

Enfermedades uterinas; Enfermedades vesicales; Fístulas vesicales; Hematuria; Complicaciones de la cesárea.

SUMMARY

Objective: To value the etiological, diagnostic and therapeutic aspects of vesicouterine fistula happened in the last seventeen years in our hospital.

Material and methods: Retrospective study of patients affected by vesicouterine fistula at Son Dureta Hospital between 1982 and 1999.

Results: Six cases with an average age of 36,6 years. Previous cesarean section was present in five cases. Two patients had three cesarean sections and in two cases the symptomatology began after a vaginal delivery. In one woman a cesarean subtotal hysterectomy has been done previously. Urinary

incontinence, hematuria and menouria were the most important symptoms. To achieve a diagnosis cystoscopy and urethrocytographie were employed in most cases. The surgical repair of the fistula was done by transabdominal approach, and all patients remained continent thereafter.

Conclusions: *Vesicouterine fistula are very unusual, but this possibility must be kept in mind in front of a patient with a previous cesarean section and urinary incontinence with or without hematuria.*

KEY-WORDS

Bladder diseases; Bladder fistula; Uterine diseases; Hematuria; Cesarean section; Complications.

INTRODUCCIÓN

En nuestro medio, la cirugía pélvica ginecológica es responsable de la mayor parte de las fístulas genitourinarias, cuyo tipo más común es la vesicovaginal, con una incidencia aproximada de un 0,2% de las histerectomías⁽¹⁾. A la hora de abordar el estudio de las fístulas vesicouterinas nos encontramos primero con su escasa incidencia y en segundo lugar con la casi constante presencia de la cesárea entre los antecedentes de las pacientes que sufren este tipo de fístula. Las circunstancias del diagnóstico del cuadro que nos ocupa son diversas y no se puede generalizar para todos los casos de fístula vesicouterina. La menuria clásicamente descrita en el denominado síndrome de Youssef⁽²⁾ no siempre aparece y no puede considerarse dicho síndrome como sinónimo de fístula vesicouterina. La cirugía constituye el principal tratamiento de las fístulas vesicouterinas, si bien algún caso se ha manejado de forma conservadora. La vía de abordaje solía ser siempre la laparotomía, pero actualmente se ha utilizado la laparoscopia en algunos casos, al parecer con buenos resultados⁽³⁾. Nuestro objetivo en el presente estudio ha sido determinar las características de los casos de fístulas vesicouterinas registrados en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

A través del Archivo Clínico del Servicio de Urología y del Servicio de Documentación Clínica de

nuestro hospital hemos recogido los casos de fístula vesicouterina atendidos en el Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca entre 1982 y 1999. El estudio retrospectivo ha identificado un total de seis casos de fístula vesicouterina en este período de 17 años. Al mismo tiempo se diagnosticaron 45 fístulas vesicovaginales y 15 ureterovaginales. Cuatro pacientes fueron intervenidas por el Servicio de Urología y una por el Servicio de Obstetricia y Ginecología, siendo la evolución del caso restante desconocido al solicitar la paciente alta voluntaria antes de completar el tratamiento. Los antecedentes médicos, quirúrgicos, ginecológicos y obstétricos fueron estudiados en cada caso, asimismo se recogió la clínica, las circunstancias del diagnóstico y el tratamiento realizado con especial atención al resultado del mismo.

RESULTADOS

Los antecedentes más interesantes, el año del diagnóstico, la edad y la sintomatología principal de nuestras pacientes quedan recogidos en la [tabla 1](#). La media de edad al diagnóstico fue de 36,6 años

Tabla 1 Resumen de las características de nuestras pacientes

Caso	Año diagnóstico	Edad (años)	Antecedentes	Tiempo antes de diagnóstico	Clínica
1	1982	38 años	20 meses antes cesárea con lesión vesical	20 meses	Incontinencia
2	1983	24 años	Cesárea a los 16 años y después parto vaginal	Dos meses	Incontinencia y menuria
3	1985	36 años	Tres cesáreas anteriores	Un año	Incontinencia y menuria
4	1990	36 años	Cesárea a los 25 años y después fórceps	Postparto inmediato	Incontinencia y hematuria
5	1991	41 años	Aborto en 1984 e inserción de DIU en 1990	4 meses	Hematuria y retención urinaria
6	1995	45 años	Tres cesáreas anteriores; en la última histerectomía subtotal	1 año	Hematuria

412 con un rango de 24 a 45 años. Ninguna paciente refería antecedentes médicos de interés, salvo el caso número 6, en el que a raíz de histerectomía subtotal realizada tras cesárea por placenta previa con hemorragia profusa se convierte en portadora crónica de hepatitis C después de una transfusión intraoperatoria. Posteriormente esta paciente acabó evolucionando con el paso del tiempo a cirrosis hepática y descompensación ascítica y se le practicó esclerosis de varices esofágicas en varias ocasiones.

El antecedente de cesárea era común a la mayoría de las pacientes (cinco casos), llegándose incluso a la existencia de tres cesáreas anteriores en dos casos. Las indicaciones de la cesárea previa a la aparición de la fístula fueron en las tres primeras pacientes desproporción pelvifetal, en el caso 4 fracaso de inducción y en el 6 placenta previa. Ninguna de estas cesáreas había sido realizada en nuestro centro. Todas cursaron con aparente normalidad, salvo la paciente número 1, en la que se reconoció una lesión vesical durante la intervención y la número 6, que acabó con una histerectomía subtotal como ya se ha comentado. La paciente número 5 no incluía entre sus antecedentes una cesárea, aunque había tenido un parto eutócico y un parto gemelar por vía vaginal y un legrado por aborto unos 7 años antes del diagnóstico de la fístula. También se le había insertado un dispositivo intrauterino (DIU) alrededor de 1 año antes de consultar en nuestro centro.

En cuanto a la clínica en el momento de la consulta, la primera paciente refería incontinencia urinaria como síntoma aislado y durante los 20 meses transcurridos desde una cesárea en la que hubo una lesión vesical. Las restantes pacientes presentaban en todos los casos hematuria, que en las pacientes números 2 y 3 coincidía con la menstruación y con incontinencia urinaria. En el caso 4 aparecía también incontinencia, pero la hematuria apareció inmediatamente tras un fórceps, aunque ya durante la dilatación se había observado orina hemática. En el caso 5 se produjo una retención urinaria aguda, presentando hematuria con coágulos muy evidentes. En el caso 6 la hematuria relativamente escasa persistió durante 1 año y finalmente fue necesario realizar una transfusión cuando se llegó al diagnóstico. El intervalo de tiempo entre la cesárea y la aparición de la sintomatología fue variable, oscilando entre 1 y 13 años. En dos pacientes con antecedentes de cesáreas, la clínica se manifestó poco tiempo después

de un parto vaginal, eutócico uno y mediante fórceps el otro.

Para el diagnóstico se practicó fundamentalmente cistoscopia y uretrocistografía o histerosalpingografía, aunque en la paciente 6 se precisaron otras exploraciones complementarias como urografía intravenosa, TAC, enema opaco y tránsito gastroduodenal (Figs. 1 y 2). A pesar de todo en esta paciente no se llegó al diagnóstico de una fístula vesicocervical sobre cérvix restante posthisterectomía subtotal hasta el momento de la intervención quirúrgica, con posterior confirmación en la anatomía patológica al observarse la presencia de glándulas endometriales incluidas en la pared vesical.

En todos los casos de nuestra serie el tratamiento incluyó un abordaje abdominal mediante laparotomía y fistulorrafia que se acompañó en un caso de histerectomía abdominal y anexectomía izquierda y en otro de anexectomía derecha y extirpación de un quiste de ovario izquierdo. Una paciente no quiso ser tratada en nuestro centro y desconocemos su evolución posterior. La situación de las pacientes operadas, con un seguimiento hospitalario que osciló entre 3 y 7 meses, era satisfactoria, encontrándose todas ellas continentes y absolutamente asintomáticas.

DISCUSIÓN

La fístula genitourinaria consiste en la presencia de una comunicación permanente entre el aparato



Figura 1. Histerosalpingografía en la que se observa el paso de contraste a la vejiga.



Figura 2. Cistografía en la que se observa la repleción de la cavidad uterina.

genital y las vías urinarias. Constituye una patología de considerable importancia en los países en vías de desarrollo, donde el origen suele ser de causa obstétrica. En nuestro medio la incidencia de fístulas urogenitales ha disminuido notablemente por la mejoría de la asistencia obstétrica; sin embargo, continúan apareciendo casos, habitualmente secundarios a cirugía ginecológica o tratamientos radioterápicos⁽⁴⁾. A pesar de lo que acabamos de decir, las fístulas vesicouterinas, que constituyen sólo el 4% del total de fístulas genitourinarias⁽⁵⁾, tienen habitualmente un origen obstétrico, ya que entre los antecedentes de las pacientes suele haber una cesárea^(6,7). Mucho menos frecuente es la descripción de fístulas vesicouterinas después de maniobras abortivas, litiasis vesical o incluso la inserción de un DIU⁽⁸⁾.

En nuestro hospital se han diagnosticado seis casos de fístula vesicouterina en un período de 17 años,

lo que viene a confirmar la escasa incidencia del cuadro. La cesárea está presente entre los antecedentes de la mayoría de nuestros casos, hecho que coincide también con lo descrito en la literatura. Destaca la existencia de dos pacientes con cesárea iterativa, lo que podría aumentar el riesgo de fístula vesicouterina.

La principal causa de fístula genitourinaria de origen obstétrico es sobre todo en los países en vías de desarrollo, el parto obstruido y prolongado⁽⁹⁾ y la posterior necrosis de una parte del canal del parto. En las pacientes de nuestra serie, en las que la fístula se diagnostica algún tiempo después de una cesárea, la explicación podría ser una lesión durante la misma que pasó inadvertida. Un caso distinto lo plantean aquellas pacientes en las que, aun existiendo el antecedente de cesárea, el último parto antes del diagnóstico tuvo lugar por vía vaginal. El intento de un parto vaginal en pacientes con cesárea anterior se considera un procedimiento seguro que llega a conseguirse incluso en condiciones aparentemente desfavorables⁽¹⁰⁾. La aparición de una fístula vesicouterina después de un parto vaginal en pacientes con cesárea anterior ha sido descrita en pocas ocasiones, siempre destacando lo excepcional del cuadro, del que en una publicación se afirma que hasta 1995 sólo se habían comunicado dos casos en la literatura⁽¹¹⁾. Nosotros hemos identificado una publicación más en 1999⁽¹²⁾ y nuestro trabajo contribuye con dos casos más, el primero tras un parto eutócico y el segundo después de un fórceps, donde hubiera sido más lógico pensar en una fístula vesicovaginal secundaria a maniobras instrumentales. Los mecanismos a través de los cuales el parto vaginal contribuye a la génesis de la fístula en una paciente con cesárea previa permanecen por dilucidar; sin embargo, se podría pensar en una sobredistensión de un segmento inferior extremadamente frágil, el emplazamiento de catéteres intrauterinos de registro de dinámica o incluso extracciones manuales de placenta en un útero debilitado por una cesárea previa⁽¹²⁾.

En ausencia del antecedente de cesárea suele pensarse en manipulaciones durante las que pueda producirse una lesión directa de la pared uterina alcanzando la vejiga, lo que incluye los legrados y otras maniobras intrauterinas, incluyendo la inserción de un DIU. Es de suponer que también en estos casos será necesaria la existencia de factores predis-

414 ponentes, como puede ser una pared uterina adelgazada o anomalías de posición del útero. En nuestro caso la evolución de la paciente número 5, que es la única sin una cesárea previa, nos es desconocida, pero podríamos aventurar que un legrado previo y el antecedente de uso de DIU pudieran tener alguna responsabilidad en el origen de la fístula.

Una circunstancia especial se da en los casos en que la lesión de la vejiga se reconoce en el momento de la cesárea, como sucedió en el caso 1 de nuestra serie. A pesar de la sutura de la misma y de sondaje vesical prolongado llegó a formarse una fístula por un mecanismo similar al observado en las fístulas que siguen a cistotomías inadvertidas durante la cirugía ginecológica⁽¹³⁾.

La sintomatología en nuestras pacientes estaba presidida por la incontinencia urinaria y la hematuria, aunque ésta no es la única forma de presentación descrita en la literatura⁽¹⁴⁾. La menuria del síndrome de Youssef, caracterizado por hematuria cíclica coincidiendo con la menstruación, no es en absoluto constante ya que aparece sólo en algunas fístulas vesicouterinas, no en todas. En nuestra serie también se confirma esta afirmación al no referir más que dos pacientes la hematuria cíclica.

Una circunstancia absolutamente peculiar es el diagnóstico de una fístula vesicouterina tras un antecedente de histerectomía. La histerectomía necesariamente subtotal fue realizada como consecuencia de hemorragia intraoperatoria en una cesárea indicada por placenta previa. La práctica de una histerectomía a continuación de una cesárea es una situación especialmente difícil, muchas veces en

pacientes con elevado riesgo vital o con un campo operatorio anegado en sangre y que puede condicionar la lesión de la vejiga. En este caso se llegaría a producir una fístula que quizá deberíamos llamar vesicocervical.

En definitiva, el diagnóstico de la fístula que nos ocupa debe considerarse cuando una paciente con antecedente de cesárea presente escape involuntario de orina y/o hematuria, cíclica o no. Un parto vaginal ocurrido con posterioridad a la cesárea no excluye la posibilidad de que exista una fístula vesicouterina. El método más apropiado para la investigación de la fístula es la combinación de cistoscopia y cistografía, aunque la realización de pielografías nos permitirá valorar la integridad de los uréteres. Las cistografías practicadas semejan en ocasiones verdaderas histerografías tal y como hemos mostrado en la figura 2.

El aumento progresivo de las tasas de cesárea comporta un aumento concomitante de la morbilidad asociada a la intervención. Por tanto, la mejor prevención consiste en una correcta asistencia obstétrica, una acertada indicación de las cesáreas y una cuidadosa técnica quirúrgica. Quizá algunas maniobras, como el oportuno y adecuado despegamiento de la plica vesicouterina antes de practicar la histerotomía y la renuncia a suturar el peritoneo visceral⁽¹⁵⁾, pueden ayudar a evitar la distorsión de la anatomía de la zona que frecuentemente aparece en cesáreas iterativas y que facilita las lesiones vesicales. Teniendo en cuenta el deterioro de la calidad de vida que supone para la paciente la existencia de una fístula genitourinaria es deseable que este cuadro aparezca cada vez con menor frecuencia

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Symmonds RE. Incontinence: vesical and urethral fistulas. Clin Obstet Gynecol 1984;27:499-514.
- 2 Youssef AF. Menouria following lower segment cesarean section, a syndrome. Am J Obstet Gynecol 1957;73:759-68.
- 3 Miklos JR. Laparoscopic treatment of vesicouterine fistula. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1999;6:339-41.
- 4 Lee RA, Symmonds RE, Williams TJ. Current status of genitourinary fistula. Obstet Gynecol 1988;72:313-9.
- 5 Lenkovsky Z, Pode D, Shapiro A, Caine M. Vesicouterine fistula: a rare complication of cesarean section. J Urol 1988;139:123-5.
- 6 Tancer ML. Vesicouterine fistula a review. Obstet Gynecol Surv 1986;41:743-53.
- 7 Jozwik M, Jozwik M, Lotocki W. Vesicouterine fistula: an analysis of 24 cases from Poland. Int J Gynaecol Obstet 1997; 57:169-72.
- 8 Schwartzwald D, Moopan UM, Tancer ML, Gomez-Leon G, Kim H. Vesicouterine fistula with menouria: a complication from an intruterine contraceptive device. J Urol 1986;136:1066-7.
- 9 Danso KA, Martey JO, Wall LL, Elkins TE. The epidemiology of genitourinary fistulae in Kumasi, Ghana, 1977-92. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 1996;7:117-20.
- 10 Usandizaga M, Alomar A, Gibert MJ, Manzano MJ, Tubau A.

- Inducci  n del parto en pacientes con ces  rea anterior: 219 casos en 5 a  os. *Actual Obstet Ginecol* 1994;6:246-52.
- 11 Miklos JR, Sze E, Parobeck D, Karram MM. Vesicouterine fistula: a rare complication of vaginal birth after cesarean. *Obstet Gynecol* 1995;86:638-9.
- 12 Setubal A, Clode N, Bruno-Paiva JL, Roncon I, Graca LM. Vesicouterine fistula after manual removal of placenta in a woman with previous cesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999;84:75-6.
- 13 Vu KK, Brittain PC, Fontenot JP, Harlass FE, Hawley-Bowland CG, D  az-Ball F. Vesicouterine fistula after cesarean section. A case report. *J Reprod Med* 1995;40:221-2.
- 14 al-Rifaei M, el-Salmy S, al-Rifaei A, Salama A. Vesicouterine fistula variable clinical presentation. *Scand J Urol Nephrol* 1996;30:287-9.
- 15 Holmgren G, S  jholm L, Stark M. The Misgav Ladach method for cesarean section: method description. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78:615-21.
- 415**