

---

## Casos clínicos

---

114 R. Martínez de la Ossa<sup>a</sup>  
J.L. Gallo<sup>a</sup>  
M. Cámara<sup>b</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Obstetricia y <sup>b</sup>Ginecología y Urología.  
Hospital de Motril. Granada.

**Correspondencia:**  
Dr. R. Martínez de la Ossa.  
P.º del Castaño, 2, portal 21, 3.ª izquierda.  
04720 Aguadulce. Almería.

Fecha de recepción: 26/9/01  
Aceptado para su publicación: 22/1/02

### Resolución de un síndrome de Youssef mediante tratamiento con análogos de GnRH. Caso clínico

*Resolution of Youssef's syndrome by treatment with GnRH analogues. Case report*

R. Martínez de la Ossa, J.L. Gallo, M. Cámara. Resolución de un síndrome de Youssef mediante tratamiento con análogos de GnRH. Caso clínico. *Prog Obstet Ginecol* 2002;45(3):114-117.

#### RESUMEN

El síndrome de Youssef o menuria tras una fístula vesicouterina ha sido raramente publicado. Este caso difiere de los previamente comunicados en que el tratamiento mediante análogos de la GnRH hizo posible el cese de la menuria y, por tanto, un éxito del tratamiento conservador.

#### PALABRAS CLAVE

Síndrome de Youssef. Análogos de la GnRH.

#### ABSTRACT

Youssef's syndrome or menouria following a vesicouterine fistula has been reported rarely. This case differs from the previously reported cases in

that the treatment of menouria with a gonadotrophin releasing hormone agonist (triptoreline) made possible a successful conservative treatment.

#### KEY WORDS

Youssef's syndrome. Gonadotrophin releasing hormone agonist.

#### INTRODUCCIÓN

La incidencia del síndrome de Youssef o menuria tras fístula vesicouterina es muy baja. En general, las fístulas vesicouterinas no son frecuentes, si bien el incremento actual de las cesáreas ha representado un aumento de su incidencia en los últimos años y, aunque se trata de una lesión benigna, es causa frecuente de malestar en las mujeres sexualmente activas que la padecen<sup>1,2</sup>.



Figura 1. Cistografía. Paso de contraste a la cavidad uterina.

Su etiología suele ser obstétrica, en su mayoría cesáreas, aunque también se han descrito este tipo de fístulas tras maniobras abortivas, fórceps, roturas uterinas intraparto y cirugía vaginal. Representan entre el 5 y el 16% de todas las fístulas de origen ginecológico<sup>1-4</sup>.

#### CASO CLÍNICO

Paciente de 30 años de edad, secundigesta con parto anterior mediante cesárea por no progresión del parto, que ingresa en nuestro servicio para cesárea electiva por cesárea anterior y sospecha de macrosomía fetal (DBP > 10). La extracción fetal resulta laboriosa con el nacimiento de un varón de 3.350 g y test de Apgar 8-9. El postoperatorio inmediato cursa con febrícula e íleo paralítico que remite con dieta, dándosele el alta a la paciente a los 10 días de la intervención.

La paciente acude a la consulta de urología a los 40 días de la intervención refiriendo incontinencia urinaria desde la cesárea, dolor y hematuria/menuria, detectándose en la cistoscopia un orificio ulceroso en fondo vesical alejado de orificios ureterales. En la especuloscopia se observó salida de orina por vagina y tras la inyección de contraste (azul de metileno) se visualizó la salida de éste a través del cérvix uterino. Se realizó una cistografía (figs. 1 y 2), observándose el paso de contraste a la cavidad uterina. Tras comentar con la paciente las opciones terapéuticas se decide aplicar tratamiento conservador con expectación, sonda vesical permanente y análogos de la GnRH (triptorelina).

El control a los 2 meses reveló en la cistoscopia un edema intenso, sin visualizarse orificio fistuloso,

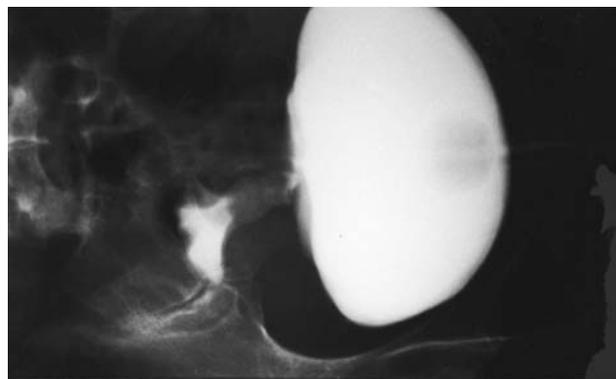


Figura 2. Cistografía. Trayecto fistuloso.

sin salida de contraste (azul de metileno) a través del cérvix, retirándose la sonda a los 2,5 meses de su colocación. La cistoscopia practicada a los 7 días demostraba nuevamente una pequeña fístula en la cara lateral izquierda próxima al fondo; no obstante, y ante los deseos de la paciente, se mantuvo la expectación desapareciendo la pérdida urinaria con incontinencia ocasional, cese de la menuria y tan sólo un episodio de infección urinaria tratada con ciprofloxacino.

Los controles posteriores fueron normales, excepto algún episodio de infección urinaria que remitió con antibioterapia específica con ecografía renal y de vías urinarias sin alteraciones; no se repitió la cistografía por posible reacción alérgica al contraste yodado, estando la paciente en la actualidad asintomática tan sólo con revisiones periódicas.

#### DISCUSIÓN

Las fístulas vesicouterinas suelen afectar al istmo uterino, ya que es el lugar de asiento de la incisión o histerotomía segmentaria transversa que se realiza en las cesáreas, pero también puede afectar al útero en el cérvix o el cuerpo uterino. En la vejiga suelen afectar a la pared posteroinferior próximas a la línea media.

La sintomatología dependerá del lugar donde asiente la lesión, ya que si la fístula asienta por encima del orificio cervical interno parecerá una menuria periódica, coincidiendo con las menstruaciones, la amenorrea o la hipomenorrea y la incontinencia urinaria leve u ausente con cistitis de repetición, lo que

116 constituye el denominado síndrome de Youssef<sup>5</sup> que representa el 22-28% del total de este tipo de fistulas.

Machado<sup>6</sup>, en 1935, fue el primer autor que comunicó un caso de hematuria cíclica causada por una fístula vesicouterina; no obstante, fue Youssef<sup>5</sup> quien utilizó por primera vez el término "menuria" para describir la hemorragia cíclica asociada con este tipo de fístula. Según Youssef<sup>5</sup>, el mecanismo fisiopatológico del síndrome sería la existencia de un esfínter ístmico funcional que parece responder a estímulos hormonales y neurovegetativos con modificaciones de su tonicidad. Al producirse la menstruación, el esfínter sufre una relajación parcial bajo los influjos hormonales de la etapa menstrual, lo que unido al aumento de la presión intrauterina debida a la descamación menstrual permite el paso del contenido uterino a la vejiga; si la fístula fuera amplia y permeable desaparecería la menstruación vaginal.

La mayoría de los casos descritos en la bibliografía fueron causados por una fístula vesicouterina situada por encima del orificio funcional interno, lo que sugeriría un esfínter funcional en el istmo uterino<sup>7</sup>. No obstante, Tancer<sup>8</sup> demostró que este síndrome podía ocurrir con una fístula situada por debajo de dicha localización; por tanto, el síndrome ocurriría posiblemente por los diferentes gradientes de presión entre el útero y la vejiga<sup>9</sup>.

Ingelman-Sundberg<sup>10</sup> y Gil-Vernet<sup>11</sup> afirman que la relajación del esfínter es total y, por tanto, la ausencia de menstruación vaginal y la ausencia de pér-

rida urinaria sólo se dan en contados casos. Díaz Cabrera et al<sup>4</sup> opinan que la diferente etiología podría estar relacionada con la situación anatómica de la fístula respecto al istmo; así, las situadas por encima del istmo o ligeramente superior darían lugar a un síndrome de Youssef puro, y las que desembocan en éste o en el cérvix presentarían una sintomatología combinada.

El diagnóstico suele hacerse por cistografía o histerografía y el tratamiento es quirúrgico, con cierre del orificio fistuloso generalmente por vía transvesical con separación adecuada de los planos y cierre de suturas por separado; no obstante, el útero suele preservarse en pacientes con deseos generacionales futuros<sup>7</sup>.

Ozmen E et al<sup>12</sup> comunicaron, en 1992, un caso de síndrome de Youssef secundario a cesárea con amenorrea y hematuria cíclica resuelto satisfactoriamente mediante histerectomía y reparación del trayecto fistuloso. Thanos et al<sup>13</sup> comunicaron, en 1986, 3 casos de fístulas vesicouterinas secundarias a cesáreas en dos de ellas, con incontinencia urinaria y hematuria cíclica tratadas quirúrgicamente, y un caso de hematuria vaginal tratada de forma conservadora.

En nuestro caso creemos que el tratamiento con análogos de GnRH (triptorelina), su efecto antiestrogénico y el cese de las menstruaciones fueron fundamentales para la disminución de los gradientes de presiones entre el útero y la vejiga y, por tanto, del cierre del trayecto fistuloso sin necesidad de cirugía.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Djellali-Zemni S, Missaoui MN, Salem B. Vesicouterine fistulas. Apropos of 2 cases. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1992;87:434-5.
2. Kleinhans G, Kristek J, Cirkel U. Vesico-uterine fistula. *Urologe A* 1986;25:351-3.
3. Soler JL, Navarro JA, Hidalgo R, Ruiz de la Muela R, Martínez JL, Nogueras M, et al. Fístula vesicouterina: aportación de dos nuevos casos. *Actas Urol Esp* 1998;22:146-9.
4. Díaz Cabrera JA, Allona A, Burgos R. Fístulas vesicouterinas. *Actas Urol Esp* 1978;11:95-8.
5. Youssef AF. Menourie following lower segment cesarean section. *Am J Obst Gynecol* 1957;73:759-67.
6. Machado L. Fístulas vesico-cervicaisi apos cezareana segmentar. *Rev Gynec Obst* 1935;9:141.
7. Tostain J. Youssef syndrome. *Acta Urol Belg* 1992;60:35-41.
8. Tancer ML. The postcesarean fistula. *Clin Obstet Gynecol* 1965;8:472.
9. Theron J, Low NS, Winterbach HP. Vesicouterine fistula. *J Urol* 1985;133:95-6.
10. Ingelman-Sundberg A. Uterovesical fistula following therapeutic abortion. A new operation. *Gynaecologia* 1948;126:274.
11. Gil-Vernet E, Gil-Vernet E. Diagnóstico y tratamiento de las fístulas vesicouterinas. *Anal Med (Cir)* 1966;52:69-71.
12. Ozmen E, Yalcinkaya F, Gulhan N, Unal S. Vesicouterine fistula (Youssef syndrome): case report. *Int Urol Nephrol* 1998;30:451-3.
13. Thanos A, Pavlakis AJ, Poulias I, Davillas N. Vesicouterine fistuli. *Urology* 1986;28:426-8.