

FISTULA VESICO-UTERINA

Por los Dres. MIGUEL MOISES y RONALD PARADA PAREJAS

Las fistulas vésico-genitales engloban dos tipos de fistulas: las vésico-vaginales más frecuentes de ver, y las vésico-uterinas, que son excepcionales.

La comunicación patológica de la vejiga con el cuello uterino toma el nombre de fistula cérvico vesical, y si lo hace con el cuerpo del útero, se denomina fistula yuxta-cérvico-vesical.

La etiología de estos tipos de fistulas generalmente se deben a lesiones causadas en ambas vísceras, durante una intervención quirúrgica, en especial cuando se realiza una cesárea. Otra causa traumática y iatrogénica que la puede originar es la perforación de ambos órganos durante un legrado uterino, también pueden ser formadas por procesos inflamatorios y tumorales. Hay descriptos casos de fistulas originadas por irradiaciones de Rayos X que llevan a la isquemia de las paredes viscerales con formación posterior de las fistulas.

El orificio de la fistula de la vejiga se localiza generalmente en la cara posterior, atraviesa el tejido celular denso vésico-uterino y luego va al cuello o al cuerpo uterino.

Este tipo de fistula puede ir acompañado de otras comunicaciones, lo puede hacer con la vagina o con el recto.

El diámetro de las fistulas es variable, pueden ser pequeñas o de gran calibre, en estos casos no sólo permiten el paso de la orina hacia el útero, sino también restos menstruales del útero hacia la vejiga.

La repercusión en las vísceras unidas por estos trayectos anormales está en relación con su etiología, pero en general lleva a la vejiga a un proceso inflamatorio crónico provocando la esclerosis del detrusor si el proceso se mantiene, y además provoca una pericistitis que dificulta los exámenes endoscópicos y las intervenciones quirúrgicas.

El útero también sufre modificaciones en sus paredes, pero de manera especial el endometrio, que por la injuria causada por la orina provoca una endometritis aguda flegmática, que es mantenida mientras dure la presencia de la fistula, y si las orinas son sépticas provoca un proceso endometrial infeccioso que puede llevar a una endometritis y a una anexitis. Si tenemos presente que casi siempre este tipo de patología va acompañada de infección urinaria, nos sirve para prevenir por medio de la antibioterapia un proceso séptico y por supuesto que lo ideal es corregir esta comunicación por medio de un tratamiento radical que es la intervención quirúrgica.

Las pacientes presentan incontinencia de orina, dicha incontinencia está en relación con el diámetro de la fistula.

La *hematuria menstrual* es sin duda el signo patognomónico de las fistulas vésico-uterinas. Además pueden presentar polaquiuria, ardores miccionales, dolores en región hipogástrica provocados por la infección sobreagregada.

El diagnóstico se lo puede hacer directamente con el interrogatorio cuando nos manifiesta tener una hematuria menstrual pero la podemos certificar por medio del examen endoscópico y el examen radiológico (la histerosalpingografía). El urograma excretor no es de mucha utilidad, pero sin embargo nos puede revelar en las fistulas crónicas, las lesiones asociadas: Vejiga esclerosa, signo de daño renal (cálculos secundarios, atonía de la vía excretora, etc.).

El tratamiento consiste fundamentalmente en cerrar los orificios de la fistula y así se obtiene la continencia vesical.

Presentamos el siguiente caso:

H. C. N° 384.

D. de R., 28 años, casada, 2 hijos.

Antecedentes personales: s/p.

Cesárea en octubre de 1962 por desproporción pélvico-fetal.

Operada en mayo de 1964 por rotura uterina.

Antecedentes familiares: s/p.

Motivo de consulta: Incontinencia de orina, polaquiuria, ardores miccionales, dolores en hipogastrio y hematuria durante el periodo menstrual.

Antecedentes de la enfermedad actual: Después del octavo día de la cesárea por rotura uterina, manifestó sentir dolores en el hipogastrio que fueron interpretados como dolores causados por los entuertos, sin embargo el dolor persistió y luego se acompañó por ardores vesicales. Posteriormente se le retiró la sonda vesical y observó la pérdida involuntaria de su orina que se acentuaba día a día. Dicha pérdida la efectuaba por la vagina. Luego cuando se reinició la menstruación, sus orinas fueron hemáticas desapareciendo al finalizar su periodo menstrual. En esta época la paciente vino a nuestra consulta con la sintomatología antedicha. En sus análisis encontramos una leucocitosis con neutrofilia y una eritrosedimentación acelerada. Las orinas eran piúricas y con abundantes gérmenes Gram negativos. Se la somete a un tratamiento con antibióticos y antiinflamatorios para poder efectuar un examen endoscópico. Mejorada de esta sintomatología le realizamos una cistoscopia y encontramos una vejiga con una capacidad disminuida con un gran proceso inflamatorio en sus paredes y la presencia del orificio fistuloso en la pared posterior.

Se le propone la intervención quirúrgica y no acepta. Retorna a nosotros después de tres años de la última visita. Se repiten los exámenes de laboratorio persistiendo la piuria y la colibaciluria. Decidimos practicarle una histerografía en la que podemos apreciar:



Fig. 1. — Observamos el paos de la sustancia de contraste del útero hacia la vejiga.



Fig. 2. — Observamos mayor pasaje de la sustancia contrastada a la vejiga y el diámetro considerable de dicho trayecto.

En mayo de 1968 es sometida a una intervención quirúrgica abordando con una incisión mediana infra-umbilical hasta individualizar la vejiga, procedemos a efectuar la liberación de la misma. Con disección minuciosa se individualiza el orificio fistuloso, se reseca el mismo, previa apertura de la vejiga. Se realiza el cierre en dos planos. A continuación se cierra el trayecto fistuloso uterino en un solo plano con Catgut cromado O. Se cierra cavidad dejando un avenamiento tubular. Evolución normal en 14 días.



Fig. 3. — Cistografía con relleno completo obtenida al finalizar la histerografía.

Después de 5 meses de operada consulta al obstetra por amenorrea, comprobando que se trata de un embarazo que llegó a término sin problemas en el transcurso del mismo. Se le practicó una cesárea por desproporción pélvico-fetal.

Hacemos notar que la paciente tenía relaciones sexuales durante los tres años que estuvo con la fístula, y no se embarazó en ese lapso de tiempo.

Conclusiones

1. Presentamos un caso de fístula vésico-uterina con tres años de evolución.
2. Hacemos notar que durante este período estuvo con piuria y bacteriuria a pesar de la antibióticoterapia.
3. Que dicho proceso la llevó a una esterilidad secundaria.
4. Que curó con la intervención quirúrgica.
5. Que el endometrio se recuperó a los 5 meses, desapareciendo la esterilidad.
6. Que se curó de su infección urinaria.

BIBLIOGRAFIA

- Couvelaire, Roger:* La fistula vésicogenital. Enciclopedia Medico Chirurgical, pág. 18238.
Herbut, Peter A.: Patología Urológica, pág. 331, tomo 1, 1958.
Campbell: Urología, pág. 562.
Boeminghaus: Urología, pág. 499.