

Fístula vésico-tubaria: a propósito de un caso

Salpingo-vesical fistula: a case report

Dres. Palazzo, C.*;
Franco de Castro, A.**;
Carretero González, P.**;
Alcover, J.**

Las fistulas del tracto urinario femenino ocurren principalmente como consecuencia de cirugías ginecológicas y obstétricas, radiación, y también por tumores o procesos inflamatorios.

Presentamos un caso poco frecuente, una fistula entre la vejiga y la Trompa de Falopio.

CASO CLÍNICO

Paciente de 56 años de edad con antecedente de histerectomía por vía vaginal, que presentó durante la intervención quirúrgica una lesión traumática en vejiga corregida en el mismo acto por vía transvesical; evolucionó con polaquiuria e incontinencia urinaria de urgencia, por lo cual consultó al Servicio de Urología.

La cistografía no detectó fistula tras retirar la sonda vesical y el urograma excretor (UIV) fue rigurosamente normal. El estudio urodinámico mostró una vejiga hiperactiva, iniciándose tratamiento anticolinérgico.

Cinco meses más tarde, como consecuencia del agravamiento de su incontinencia urinaria, se le practicó una nueva cistografía y cistoscopia con colposcopia tras la instilación vesical de azul de metileno, apreciándose una pequeña fistula vésico-vaginal, retrotrigonal, que fue tratada con sonda vesical abierta durante un mes. Debido a la persistencia de la misma, precisó corrección quirúrgica vía vaginal un mes más tarde.

En el seguimiento postoperatorio desapareció la incontinencia de orina, persistiendo, a pesar del tratamiento anticolinérgico, la polaquiuria y urgencia. Apareció, además, dolor sordo en fosa ilíaca izquierda que aumentaba con la micción. El estudio urodinámico seguía mostrando una vejiga hiperactiva, con residuo post-miccional, por lo que se colocó sonda vesical, desapareciendo el dolor. Una nueva cistografía puso en evidencia un trayecto fistuloso entre la vejiga y una estructura tubuliforme izquierda (Trompa de Falopio), sin comunicación peritoneal (Foto 1); la cistoscopia confirmó la presencia de la fístula.

Por vía transvesical se practicó la resección de la fístula, con cierre de la vejiga en dos planos. La paciente presentó buena evolución postoperatoria y fue dada de alta a las 48 horas.

En el postoperatorio inmediato la paciente no refiere incontinencia de orina ni dolor; la polaquiuria y urgencia miccional son tratadas satisfactoriamente con anticolinérgicos.

Tras un año de seguimiento, la paciente se encuentra asintomática y sin medicación.

* Ex Becario Servicio de Urología
Hospital Clínic - Barcelona
España

** Servicio de Urología - Hospital
Clínic - Barcelona - España
e-mail: cm_sagradafamilia-
@hotmail.com

DISCUSIÓN

Las fistulas salpingo-vesicales son extremadamente raras. En los reportes bibliográficos la causa de estas fistulas es secundaria a histerectomía vaginal o a abscesos tubo-



Foto 1

ováricos.^{1,2,3} Nuestra paciente presentó la fístula después de una histerectomía vaginal, probablemente el mecanismo de formación de la misma sea por la pre-

sencia de suturas y/o nudos que comprometen la pared vesical y la Trompa de Falopio, con lo cual se puede crear un trayecto fistuloso.

Clínicamente nuestra paciente refería incontinencia de orina, polaquiuria y dolor en fosa iliaca que aumentaba con la micción, este último síntoma fue también observado en el caso reportado por Stewart y col.¹ En otros casos se describieron también infecciones urinarias a repetición y fiebre.^{1,2}

La cistografía y la cistoscopia son de gran importancia para confirmar el diagnóstico; la UIV también puede ser de utilidad.

En los otros casos comunicados^{1,2,3} se realizó tratamiento quirúrgico con resección de Trompa de Falopio y ovario, y sólo una paciente tuvo un manejo conservador no quirúrgico, con antibióticos y sonda de Foley. Creemos que el tratamiento de elección es la cirugía, con resección del trayecto fistuloso y cierre de la vejiga en dos planos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stewart DW, Gianis, TJ y Bell TE: Salpingo-vesical fistula. Rare and unusual complication of vaginal hysterectomy. *Urology* 1990 Jul; 36 (1): 66-670
2. Turner BT, Ekblad L, y Edson M: Vesicosalpingovaginal fistula. *Urology* 1976 Jul; 8 (1): 49-500
3. London AM, y Burkman RT: Tubo-ovarian abscess with associated rupture and fistula formation into the urinary bladder: report of 2 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 135.