

Un caso de fístula vesicouterina después de una cesarea

CONFERENCIA

La menstruación vesical como síntoma patognomónico.

Gabriel Llano Dr.
Medellín, Colombia.

En la revisión de la literatura que en 1956 hicieron Falk y Tancer (4) encontraron únicamente 6 casos de fistulas vesicouterina a consecuencia de cesáreas, que parece ser la causa más frecuente.

Estos autores presentan en dicho trabajo otro caso que sumado a otros tres que hemos podido encontrar en la literatura más reciente (2, 6, 9), da un total de 10 casos. Hoy nos proponemos presentar un nuevo caso que consideramos muy demostrativo y en el cual se ha logrado la comprobación radiológica en una forma muy satisfactoria.

CASO CLINICO: B. F., casada de 35 años de edad, 5 hijos vivos, el último de los cuales nació por cesárea 5 meses atrás. En esta oportunidad se practicó una incisión transversa en segmento uterino, la cual se desgarró en los extremos al hacer la extracción del feto y en particular al lado izquierdo en donde el desgarró se continúa hacia abajo y afuera haciendo necesaria la hemostasia transitoria con pinzas y luego con ligaduras y suturas continuas.

Cuando esta paciente regresa a su casa 6 días más tarde, observa pérdida continua de orina a través de la vagina y vuelve a la Clínica en donde le colocan una sonda uretral a permanencia, después de constatar la salida de orina por el cuello uterino.

Dos semanas más tarde se le retira la sonda y es enviada a la casa de nuevo, donde a los pocos días desaparece del todo la incontinencia de orina. Durante los últimos 4 meses la paciente había permanecido asintomática y sólo en el día anterior se inicia una franca hematuria total e indolora, motivo por el cual es enviada a nuestra consulta particular.

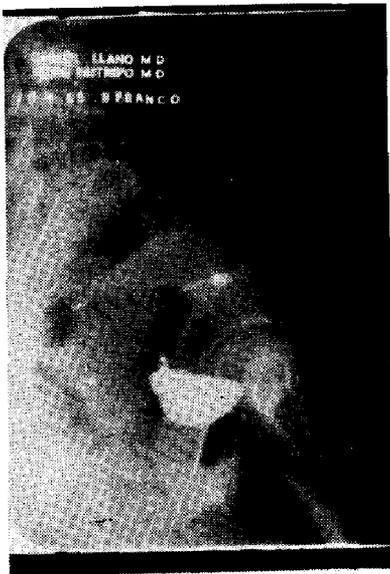
UN CASO DE FISTULA VESICOUTERINA DESPUES DE UNA CESAREA

A la cistoscopia se encuentra en cara porterosuperior de vejiga, y un poco a la izquierda de la línea media, una depresión o divertículo de bordes equimóticos y anfractuosos a través del cual se ve salir sangre y pequeños coagulos. Se toma una biopsia de los bordes de este orificio la cual dio como resultado endocervix con inflamación crónica y metaplasia.

La urografia excretora fue esencialmente negativa y la cistografia con yoduro de sodio no permitió visualizar ningún trayecto fistuloso.

A partir de esta consulta, febrero 19 de 1965, la paciente viene presentando periódicamente cada 28-30 días un episodio de franca hematuria de 3 o 4 días de duración y en las sucesivas cistoscopias siempre la sangre proviene del mismo lugar. La enferma se encuentra además en aparente amenorrea pues no hay ni la más mínima pérdida menstrual a través de la vagina. La continencia de orina es perfecta y los exámenes de esta no demuestran gérmenes ni pus.

Como en una de estas revisiones pudimos constatar la permeabilidad del cuello uterino y obtener una histerometría de 12 cms., optamos por practicar una histerografía y obtuvimos una magníficas imágenes radiológicas en donde se pudo apreciar que el medio de contraste, (Lipiodol), pasó casi en su totalidad a la vejiga y que las partículas dispersas que se han adherido a la cavidad uterina y trayecto fistuloso permiten confirmar la presencia de una fistula entre estos dos órganos en una forma muy satisfactoria (Fig. 1).



"Histerografía". Imagen oblicua en donde se puede apreciar que el medio de contraste (Lipiodol) inyectado a través del cuello uterino, ha pasado prácticamente en su totalidad a la vejiga a través de la fistula permitiendo además delimitar el trayecto fistuloso así como el cuerpo uterino y las paredes vaginales gracias a las partículas adheridas a estos órganos.

Dibujo esquemático que permite interpretar con mayor claridad la imagen de la histerografía anterior.



COMENTARIO

Cuando en el transcurso de una intervención cesárea se produce una accidental extensión hacia abajo de la incisión uterina (tanto longitudinal como transversal) con desgarramiento consecutivo de las paredes vesicales pero sin alcanzar a lesionar la vagina, es de esperarse la formación de una fístula vesicouterina o vesicocervical con las características anotadas (5), o sea, aparente amenorrea, hematuria cíclica y ausencia de incontinencia de orina o a lo sumo incontinencia transitoria. Entre los autores consultados, Falk (4, 5) y Musset (8) son los más enfáticos en afirmar que esta triada debe estar presente para poder sospechar la presencia de una fístula de tal naturaleza; tanto que de los 6 casos que Falk encuentra en la revisión de la literatura pone en duda los casos 5 y 6 pues en ellos faltan estos característicos síntomas y hay además incontinencia de orina lo que le hace pensar que podría tratarse más bien de clásicas fístulas vesicovaginales o a lo sumo de vesicovaginocervicales que es el otro tipo de fístulas que se puede presentar después de una cesárea.

Conviene ahora tratar de explicar el por qué estas pacientes presentan hematurias cíclicas o menstruaciones vesicales vicariantes y en cambio no presentan incontinencia de orina que es de esperarse siempre que existe el menor orificio en la vejiga. Laffont y Ezes sospechan la formación de un mecanismo de válvula (7) y para Musset y Mazingarbe la explicación es fisiológica pues según ellos ofrece una menor resistencia al paso del flujo menstrual el trayecto fistuloso que el canal istmíco (8). Yo me atrevo a pensar de acuerdo con Falk (5), que debe existir un tal mecanismo de válvula al cual también se le suma la inclinación favorable del trayecto fistuloso y su implantación uterina a nivel del ostium interno como se puede apreciar en las imágenes radiológicas de nuestro caso. También hemos podido demostrar que no es necesario la presencia de un cuello uterino estenosado, como pudiera pensarse y aún lo insinúan algunos autores (6), para explicar esta curiosa y contradictoria sintomatología.

Aún no se ha intervenido esta paciente, pues como dicen Musset y Mazingarbe "la indicación quirúrgica no es sin embargo imperiosa en razón de la excelente tolerancia de la afección" y en nuestro caso también sucede lo mismo que en el de estos autores, la paciente "se declara encantada de su anomalía y sólo quiere estar segura de la ausencia de peligro de una tal afección".

DISCUSION

SR. PRESIDENTE.- Habiendo considerado la Comisión Directiva la personalidad del Dr. Llanos, ha decidido nombrarlo miembro corresponsal por Colombia, de esta Sociedad.
DR. LLANOS.- Una vez más, muchas gracias. (Aplausos).

BIBLIOGRAFIA

- (1) ASCHNER, P. W.: Accidental injury to ureters and bladder in pelvis surgery. *J. of Urology* 69: 774; 785; 1953.
- (2) BOND, W., ROGERS, G.: Unusual vesicouterine fistula. *Amer. J. Obst. Gynec.*, 63: 215-216, 1952.
- (3) BOURGEOIS, G. A.: Cure of bladder fistulas. *Amer. J. Surg.* 83: 671-673; 1952.
- (4) FALK, H. C. y TANCER, M. C.: Management of vesical fistulas after cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.* Vol. 71, 97-106, 1956.
- (5) FALK, H. C.: *Urologic injuries in Gynecology*. F. A. Davis Co. Publishers, Philadelphia, 1957.
- (6) HERMMANN, R. W. y TARR, N.: Vesicouterine fistula: An Unusual Entity. *Jour. of Urology*. Vol. 80: 826-828; 1963.
- (7) LAFFONT, A. y EZES, H.: Citado por Falk y Tancer.
- (8) MUSSET, R. y MAZINGARBE, A.: Deux observations de Fistules Utérovesicales: A sens Unique apres Césarienne Abdominale Segmentaire. *La Presse Medicale* 1^o de juillet, 1950. 58 N^o 42, 763-764.
- (9) NOURSE, M. H. y WISHARD, W. N.: Uterovesical fistula with fetal parts presenting in external urethral meatus. *J. of Urol.* 72: 374-77, 1954.
- (10) STENING, M. J. L.: *M. J. Australia* 1: 12, 1950. Citado por Falk y Tancer.