

LESIONES VESICALES DE CAUSA OBSTETRICA

Dr. Nestor Santucho.

INTRODUCCION.

Son motivo de esta presentación 7 casos de lesiones vesicales de origen exclusivamente obstétrico. Las lesiones urológicas de origen obstétrico pueden producirse durante el curso de parto dificultoso o en el acto operario de la cesárea segmentaria, produciéndose lesiones variables en extensión, ubicación y órganos que interesan. Si bien el órgano más frecuentemente lesionado es la vejiga, el ureter no escapa a éstas lesiones, como en los casos presentados por Claret y Mackintosh, en que la lesión del uréter se produjo mediante legrado uterino.

Según Rour, el legrado evacuador o el vacuo-extractor pueden producir perforación del utero y vejiga. Como resultante se producen fístulas de diversa ubicación que pueden ser vesico-vaginales o vesico-uterinas. La frecuencia de fístulas vesico-uterinas es baja.

En cambio, la frecuencia de las fístulas vesico-vaginales es mayor según se desprende de una estadística de Couvelaire, ya que sobre 136 fístulas estudiadas, 42 eran de origen obstétrico.

CASUISTICA.

En los casos que presentó, las vesico-vaginales siempre se han producido en la aplicación del forceps y las vesico-uterinas, siempre fueron por cesárea o por rotura uterina espontánea.

Caso 1: E. M. H. C. 1992 del Hospital de San Miguel, 34 años, soltera. Consulta en agosto de 1969 por incontinencia de orina total y permanente, sin relación con el esfuerzo o la tos. Como antecedentes de importancia se halla que a los 24 años fue operada de urgencia (se carece de protocolo quirúrgico) por traumatismo de vejiga, con aparente ruptura de la misma. Sometida a operación cesárea en febrero de 1969. El relleno vesical a baja presión con azul de metileno, comprueba su salida inmediata por el cuello uterino. La uretrocistoscopia muestra un orificio fistuloso por detras del meato ureteral izquierdo. Urografía normal. Histerosalpingografía: no se rellena la cavidad uterina, ni las trompas, rellenándose solamente la vejiga.

Se opera efectuandose cierre de la fístula vesico-uterina, la cual al comprometer en toda su extensión el cuello uterino obliga a efectuar una histerectomía.

Caso 2: M. T. de A., 36 años. Consulta en enero de 1970 por incontinencia de orina con ritmo miccional conservado. Se le practicaron operaciones cesáreas en dos oportunidades y en la segunda hubo aparente herida vesical, pues al quinto día del post-operatorio notó la incontinencia de orina. Ritmo menstrual conservado. La inyección de azul de metileno, permite comprobar su salida por el cuello uterino cuando la vejiga se encuentra con 150 cm³ de líquido (la paciente tenía incontinencia cuando percibía el deseo miccional). Uretrocistoscopia: orificio fistuloso de 2 mm de diámetro ubicado en cara posterior de la vejiga y aproximadamente a un campo cistoscópico de la barra interuretérica. Urografía normal. Cistografía: no se observa pasaje

al cuerpo uterino. Se practica resección de la fístula a los seis meses de su aparición.

Caso 3: H. J. de F., 28 años. Es internada por presentar síntomas dolorosos en abdomen con embarazo a término, hipertonia uterina y contracciones sostenidas que no ceden con el tratamiento habitual. Como antecedente: cesárea efectuada hace años. Con el diagnóstico de rotura uterina inminente, se lleva la enferma al quirófano. En el momento que se practica la anestesia para efectuar la cesárea, se produce violenta deformación de la superficie uterina y la enferma entra en shock. Se opera rápidamente, hallándose útero desgarrado ampliamente, saliendo por el desgarro, que se prolonga hacia abajo, la cabeza fetal incrustada en la cavidad vesical, la cual se halla abierta. Esta apertura vesical forma parte del desgarro uterino, ya que se halla íntimamente adherida al útero. El feto es extraído vivo dada la oportunidad de la indicación, pues la rotura se produjo en la sala de operaciones. Controlada la hemostasia se repara la vejiga la cual se encontraba dividida en 2 valvas, permaneciendo indemne, el trigono y el cuello vesical. La evolución post-operatoria fue satisfactoria.

Caso 4: Enferma de 25 años de edad, que es operada con urgencia, para efectuar cesárea segmentaria, con diagnóstico de rotura uterina inminente. Había sufrido cesárea previa. Al efectuar la incisión de la pared abdominal se comprueba que la vejiga se halla abierta por desgarro en la línea media, en su cúpula, en una distancia de 6 a 7 cm permaneciendo la pérdida de substancia faltante, adherida firmemente a la pared anterior del segmento uterino, intensamente distendido y con efracciones musculares que expresaban la rotura inminente. Se liberó en 1 cm más la vejiga del útero y se cerró la vejiga en 2 planos colocando sonda uretral. A continuación se efectúa cesárea clásica sin dificultades. La evolución es perfecta y sin complicaciones a 6 meses de operada.

Caso 5: M. de G. 25 años. Es atendida a las 48 horas del parto por presentar intensa hematuria. Esta apareció en forma inmediata a un forceps con feto en OIIA en tercer plano, con partes blandas estrechas y que luego de amplia episiotomía, se desprendió sin dificultades (el obstetra insistía en la normalidad y la ausencia de dificultades).

Fracasa el intento de detener la hemorragia vesical, así también como una endoscopía para localizar la lesión. En todas estas maniobras no se comprobó pérdida de líquido por vagina. Como el hematócrito descendió a 21 por ciento se decide operarla. El espacio de Retzius presentaba infiltrado por hematoma difuso; abierta la vejiga evacuamos gran coágulo intravesical y comprobamos 2 lesiones que interesan el cuello, en su vertiente anterior y el trigono entre ambos meatos, en un desgarro que ocupa mucosa y submucosa en forma completa y la porción superficial de la capa muscular.

Suturados los desgarros se termina la operación según técnica. Evolución satisfactoria. Al año de operada se embaraza nuevamente; llegando a feliz término mediante intervención cesárea programada.

Caso 6: Se licita consulta urológica por una enferma que al cabo de 6 horas del parto pierde orina continuamente por vagina, mezclada con la pérdida sanguínea uterina posparto. Obstétricamente se trataba de una presentación OIIA con feto en tercer plano, que por retardo de propulsión obliga a aplicar un forceps clásico, luego de episiotomía y con desprendimiento fetal fácil. Al colocar una sonda uretral, se observa que la misma sale por la vagina. Se la mantiene infructuosamente con sonda 3 meses a la espera del cierre espontáneo. En la endoscopía se observa un orificio fistuloso de medio centímetro de diámetro, en la línea media casi yuxtacervical. Se opera a la enferma por vía vaginal y se

b) EN RELACION A LAS ROTURAS VESICALES DEL TRABAJO DE PARTO: Según Hassmin (1968) el caso descrito por él, de rotura uterina y vesical simultáneas con proyección del feto dentro de la vejiga era el segundo de la literatura, siendo el primero el descrito por Devi en 1962, Valdano (1968) presenta otro caso en el segundo Congreso de la Confederación Argentina realizada en Córdoba, siendo el parto intravesical tan traumático que fragmentó la vejiga en varias partes. Se considera común que en estos casos de estallido uterino, el feto quede en la cavidad peritoneal.

Todas las enfermas que sufrieron rotura uterina y esta complicación habían sido sometidas en años anteriores a una operación cesárea. En el repaso de la literatura también se han referido casos de rotura vesical por trabajo de parto pero sin rotura uterina, situación muy curiosa ya que Torpin, citado por Everett, refiere 7 casos hasta 1940 y otro más citado por Gogoy en 1968, los cuales certifican como posible esta eventualidad urológica.

Es decir que coincidiendo con estos casos presentados de rotura vesical y ruptura uterina simultáneas, todos los autores puntualizan que la cesárea previa, como antecedente, es la regla. Se comprende que debido a la fibrosis consecutiva a la incisión segmentaria la vejiga se adhiere firmemente al utero conformando un todo cicatrizal con el mismo, de tal manera que un desgarrero uterino seguirá con mas facilidad por una zona friable cicatrizal e inextensible, que por zona muscular sana.

c) EN RELACION A LAS LESIONES EN LAS MANIOBRAS OBSTETRICAS: En general se admiten 2 tipos de lesiones vesicales, las necrosantes y las traumáticas directas. En los partos normales la vejiga vacía, y las traumáticas directas. En los partos normales la vejiga vacía, escapa a toda acción compresiva, no así en los patológicos con distocia materna (pelviviciaciones) o fetal (hidrocéfalos), en los que el parto se prolonga a expensas del período expulsivo, produciéndose isquemia prolongada del tabique véstico-vaginal y necrosis consecutiva. En este caso la cabeza fetal comprime el tabique contra la sínfisis púbica, tomando a la vejiga en la zona trigonal y cuello, zona que debido a su fijeza, no se desplaza cuando el polo fetal se encaja. Históricamente el primer caso comprobado de fístula véstico-vaginal postparto prolongado, fue el descrito por Derry en 1935, descubierto en una momia egipcia. Con toda lógica, en los medios con que se cuenta con control y tratamiento del embarazo y parto, la frecuencia de fístulas véstico-vaginales, por necrosis de parto prolongado, ha disminuído notablemente. En cambio, las lesiones directas de la vejiga en la aplicación del forceps no son infrecuentes.

B. Rodrigo insiste en que el mecanismo más frecuente se debe a la incorrecta aplicación del forceps (pelvis estrechas, falta de dilatación), que causa desgarreros del cuello y vagina, involucrando a veces la vejiga, o si no por las violentas tracciones a que obligan las presentaciones de deflexión y en las llamadas aplicaciones altas del forceps.

Si bien el arrancamiento del tabique vesico-vaginal es excepcional, son más frecuentes en cambio, los pellizcamientos mucosos vesicales, y que en la práctica diaria de la obstetricia, en buen número de casos se produce una ligera hematuria, luego del forceps, que cede en 24 o 48 horas con sonda en permanencia.

El mantenimiento de la sonda permanente, a pesar de ser instalada en el momento de producirse el accidente, no fue suficiente para conseguir el cierre por segunda del desgarrero.

efectúa cierre de la fístula según técnica. El resultado es excelente, sin recidiva. La enferma se halla embarazada nuevamente y preparándose para un cesárea programada.

Caso 7: Enferma vista tres horas después de un parto efectuado con forceps, hecho en cuarto plano, feto en OIIA, con desprendimiento fetal fácil. Pierde orina continuamente por vagina, por lo que se coloca sonda permanente, pudiéndose tocar la sonda a través del desgarró vaginal. Luego de tres meses con sonda permanente, y ante la ausencia del cierre espontáneo, la cistoscopia demuestra orificio fistuloso del tamaño de un meato ureteral, en el triángulo, yuxtacervical y próximo al meato ureteral izquierdo. Se opera por vía vaginal y se cierra la fístula según técnica. Buena evolución sin recidiva.

COMENTARIO.

Dividiremos el comentario en 3 partes:

- a) En relación a las fístulas vesico-uterinas.
- b) En relación a las roturas vesicales en el trabajo de parto.
- c) En relación a las lesiones en las maniobras obstétricas.

a) EN RELACION A LAS FISTULAS VESICO-UTERINAS: Youssef describe en 1957 un síndrome que el bautizó con el nombre de "Menouria", que se hallaba en las fístulas vésico-uterinas y se encontraba conformado por: amenorrea aparente, hematuria periódica o menouria y continencia de orina.

Pero Bedoya Evia sostiene que estas fístulas vésico-uterinas pueden dar otra sintomatología o variantes sintomatológicas, a lo ya descrito, como ser el agregado de incontinencia de orina.

Youssef sostiene que si la fístula vésico-uterina asienta por encima del orificio cervical interno, la continencia urinaria es perfecta y las menstruaciones pasan en su totalidad a la vejiga, ya que el esfínter ístmico sería competente. En cambio, si la fístula asienta por debajo orina con conversación de las funciones menstruales.

En la experiencia de Tancer, éste no puede confirmar lo del mecanismo valvular y niega las apreciaciones de Youssef. Pero por lo general, en la bibliografía consultada casi todos los casos presentaban menouria y continencia urinaria.

En los dos casos de fístula vésico-uterina presentados, ambos tenían incontinencia de orina y ritmo menstrual normal por vía natural, aun en la variedad vésico-corporal, o sea que se comportaron como fístulas vésico-uterinas en sentido único, pero inverso al concepto establecido como síndrome de Youssef.

Con respecto al mecanismo de producción de estas fístulas postocesárea (Tancer) éstas pueden producirse: 1) por acción directa de las tijeras, que extienden inadvertidamente la sección del segmento cervical inferior hasta la pared superior de la vejiga. 2) Cuando la incisión se propaga por desgarró al extraer la cabeza u hombros del feto y 3) Influirá en el compromiso vesical, la liberación y desplazamiento vesical deficiente, que además puede incluir la vejiga en la sutura de la histerotomía. Las intervenciones previas sobre el útero o la vejiga (cesáreas anteriores, miomectomías en el ístmo) hacen mas dificultosa su liberación por la intensa fibrosis vésico-uterina, lo cual aumenta la posibilidad de fístulas. (B. Rodrigo Bitker y Dimopulos, Lision).

CONCLUSION.

Visto los casos presentados, quiero alertar nuevamente, sobre la posibilidad de lesiones vesicales de origen obstétrico, que son las que casi siempre obligan a la consulta urológica luego de una cesárea o de un parto distócico. Debemos estar más prevenidos aún, si se trata de una enferma que había sido cesareada previamente, ya que el máximo de complicaciones suele presentarse en estas circunstancias. Es evidente que no todos los casos son atribuibles a impericia del obstetra, ya que Lede reconoce causas difícilmente explicables durante ciertas complicaciones del parto.

RESUMEN.

Se exponen de la experiencia personal, en total 7 casos de complicaciones urológicas de origen obstétrico: 2 casos de fístula véstico-uterina, postcesárea, 2 casos de rotura vesical y uterina simultáneas, 1 caso de traumatismo vesical a forma hemorrágica por forceps, 2 casos de fístula véstico-vaginal postforceps.

Se analiza el mecanismo de producción de éstas complicaciones y se efectúa revisión de la literatura. No se toma en consideración el tratamiento instituido por exceder los límites del trabajo propuesto y considerarlo motivo de otra publicación.

BIBLIOGRAFIA.

- SOBRE 3 CASOS DE FISTULAS UROGENITALES OBSTETRICAS. Trabucco, Marquez, Borzone, Rev. Arg. Urol. Vol. 35, pag. 43, 1936.
- TRAUMATISMO OBSTETRICO DE VEJIGA. Surra Canard y Bertolassi. Rev. Arg. Urol. Vol. 8 - Pag. 1, 1939.
- INCONTINENCIA DE ORINA COMPLETA POR FISTULA VESICO-VAGINAL POSTPARTUM. Rubi-Grimaldi. Rev. Arg. Urol. Vol., 8 - pag. 178, 1939.
- DOS CASOS DE FISTULAS IATROGENICAS URETERO-UTERINAS. Claret-Mackintosh. Rev. Arg. Urol. Vol., 33, Pag. 431, 1964.
- GRAVE TRAUMATISMO DE VEJIGA POR ROTURA DE UTERO. S. Valdano II Congreso de la Confederación Arg. de Urol. Pag. 157, 1968.
- TRAUMATISMO DE LA VEJIGA. J. B. Tizeira y A. L. Fernandez. II Congreso de la Confederación Arg. de Urol. Pag. 29, 1968.
- FISTULA URINARIA EN LA MUJER. N. Mahfouz. El día médico. Pag. 1350, agosto de 1963.
- Gynecological and obstetrical urology. H. Everett, pag. 190, 1947.
- RUPTURE OF THE BLADDER DURING LABOUR WITHOUR RUPTURE OF THE UTERUS. M. P. Gogoi, J. Obstet. Gynaec. Brit. Comm. 75: 230, 1, feb. 1968.
- LE FISTOLE VESICO-VAGINALI. S. Pedronetto. Minerve Ginecol. Jul. 1969. Pag. 921-931.
- REPRODUCTIVE FUNCTIONS AFTER THE REPAIR OF OBSTETRIC VESICO-VAGINAL FISTULAE. V. E. Aimakhu. Fertility and Sterility. Julio/74. Pag. 586-591.
- FISTULA VESICO-UTERINA. M. Moises y R. Parada Parejas. Rev. Arg.

CEFA LOMI CINA

aumenta la eficacia

**Presentaciones: CEFALOMICINA 250 mg
500 mg
y 1000 mg
Inyectable I.M. - E.V.**



**Productos MARXER
Fabricado por
Laboratorios Bagó S.A.**

- Urol. Abril 1971, Pag. 89.
- RUPTURE OF THE BLADDER SECONDARY TO UTERINE VACUUM CURETTAGE N. S. Rous Journal Urol. 106: 685-6.
 - UTERINE RUPTURE WITH EXTRUSION OF THE FETUS INTO THE BLADDER A. M. Hassim. International Surg. 49: 130-4. Feb. 68.
 - FETAL SURVIVAL AFTER PARTIAL EXTRUSION INTO THE BLADDER. A. M. Hassim Britsh. Med. Journal 1: 286-7-29, Jan. 1972.
 - MANAGEMENT OF VESICAL FISTULAE AFTER CESAREAN SECTION. Falk, H. C. y Tancer, M. L. Amer J. Obstet. Gynec. 1956, 71: 97.
 - "MENOURIA" FOLLOWING LOWER SEGMENT CESAREAN SECTION. A SYNDROME . Youssef, A. F. Amer. J. Obstet. Gynec. 1957, 73: 759.
 - UN NOUVEAU CAS DE FISTULE UTERO-VESICALE APRES CESARIENNE. TRAITEMENT CHIRURGICAL. Musset R.: Magder E. y Michel-Wolfromm, H. Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst. 1963, 15: 372.
 - DEUX OBSERVATIONS DE FISTULES UTERO-VESICALES A SENS UNIQUE APRES CESARIENNE ABDOMINALE SEGMENTAIRE. Musset R. y Mazingarbe A. Press Méd. 1950. 58: 763.
 - UNUSUAL VESICOUTERINE FISTULA. Bond, W. y Rogers, G. Amer. J. Obstet. Gynec. 1952-63: 215.